Nr. 32. 7. sierpnia 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Doc. Dr. H. HILAROWICZ i Dr. E. MICHAŁOWSKI. Lwów.

Badania nad wpływem ukrwienia na utkanie i czynności tarczycy z zastosowaniem w jednym przypadku klinicznym.

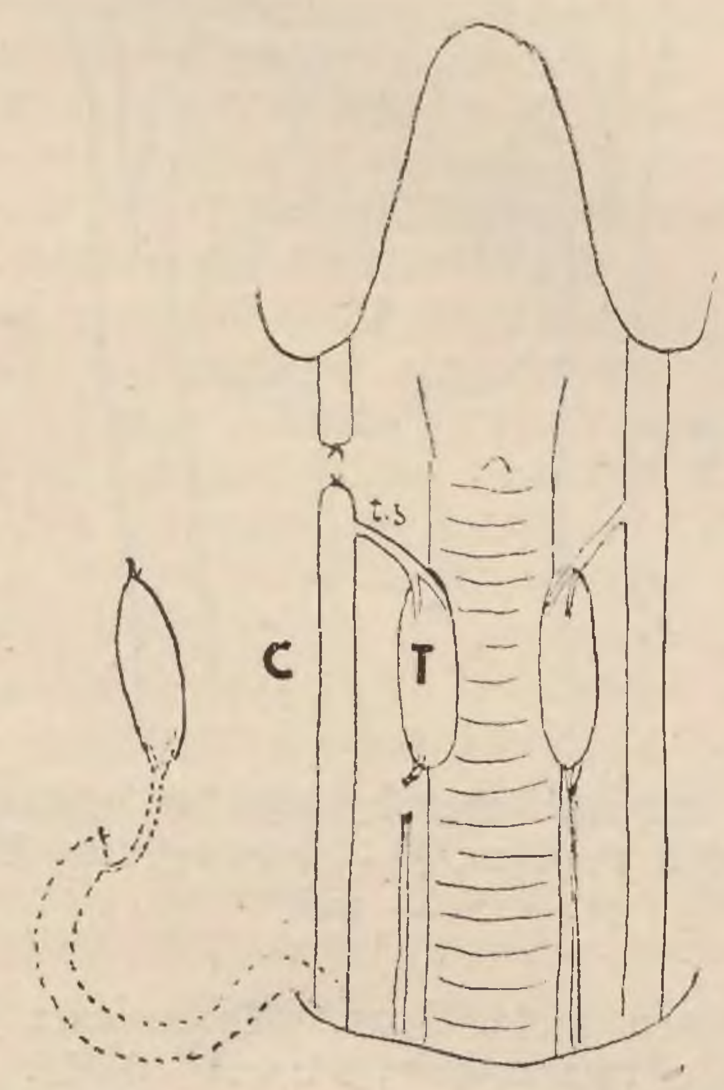
Z Kliniki chir. U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. H. Schramm.

Podstawowym tematem naszych doświadczeń była sprawa możliwości przeszczepienia tarczycy własnej (autotransplantacji) u zwierzęcia techniką odróżniającą się od sposobów dotychczas stosowanych. Punktem wyjścia dla tej techniki były doświadczenia wykonane w roku 1905 przez Carrel'a i Gatri'ego, a następnie podjęte przez Sticha i Makkasa oraz Borsta i Enderlena. Polegały one na wycinaniu tarczycy wraz z zachowanemi kikutami przeciętych naczyń tarczykowych górnych, zapomocą których tarczyca została po chwili znowu włączona do krwiobiegu przez złączenie przeciętych naczyń szwem naczyniowym (Stich, Makkas), lub też przeszczepiano gruczoł wraz z odcinkami tętnicy i żyły szyjnej, które zeszywano z naczyniami śledzionowemi lub biodrowemi (Borst, Enderlen).

Stojąc na stanowisku, że usunięcie na chwilę tarczycy z organizmu i ponowne włączenie jej do krwiobiegu jest tylko rzeczą precyzji szwu naczyniowego, nie zaś sprawą zasadniczą, postępowaliśmy w doświadczeniach odmiennie. Chodziło o uzyskanie szypuły naczyniowej, zupełnie oddzielonej od otaczających narządów i tak długiej, aby tarczyca odżywiona za jej pośrednictwem dała się przemieścić w odległe od jej pierwotnego położenia miejsce. Po wgojeniu się w tem miejscu można przeciąć szypułę naczyniową, przez co uzyskuje się całkowite przeszczepienie organu. (Dwuczasowa autotransplantacja). Technika taka mogłaby mieć widoki również w homotransplantacjach zapomocą parabiozy oraz w innych autotransplantacjach narządów i tkanek.

Do prób tego rodzaju nadaje się szczególnie tarczyca u psa, a to ze względu na stosunki anatomiczne. Mianowicie głównem naczyniem, zaopatrującem tarczycę w krew, jest tętnica tarczyczna górna, odchodząca od tętnicy szyjnej wspólnej. Długość szyi, wysokie ułożenie gruczołów po obu stronach tchawicy oraz łatwe znoszenie podwiązania jednej z tętnic szyjnych wspólnych u psa pozwalają na uszypułowanie jednostronne tarczycy na tętnicy i żyle szyjnej, podwiązanych i przeciętych powyżej odejścia naczyń tarczycznych górnych. Szypuła w ten sposób uzyskana daje się uruchomić po podwiązaniu kilku drobnych, niestałych odgałęzień oraz naczyń tarczycznych dolnych aż do klatki piersiowej i osiąga u zwierzęcia wielkiego długość do 10 cm, zwłaszcza że naczynia tarczyczne górne stanowią jej przedłużenie (ryc. 1). W ten sposób można tarczycę uszypułowaną wyłącznie na naczyniach przemieścić z łatwością do klatki piersiowej lub pod skórę karku. Wybraliśmy to ostatnie miejsce, gdyż ułatwia ono bezpośrednio obserwację przeszczepionego gruczoła. Należy dodać, że tętnica szyjna wspólna musi być podwiązana w dostatecznej odległości od wyjścia naczyń tarczycznych górnych, aby uniknąć powstawania zakrzepów w tych ostatnich. Naczynia tarczyczne dolne, zazwyczaj małe i nieregularne, zostają podwiązane przy biegunie dolnym gruczoła. Gruczoł wiszący na naczyniach zostaje przemieszczony do kieszonki podskórnej na karku, po przeciągnięciu go przez szczelinę, utworzoną pomiędzy mięśniem mostkosutko-obojczykowym a głębokiemi mięśniami szyi. Wyniki tych doświadczeń, będących w toku, będą przedmiotem innej pracy.

W toku tych doświadczeń zauważyliśmy ważny fakt, a mianowicie znaczne i widoczne dla oka wzmożenie się przepływu krwi przez naczynia tarczyczne górne, które bezpośrednio po podwiązaniu tętnicy szyjnej obwodowo od ich wyjścia, zaczynają bardzo silnie tętnić. Zjawisko to zwróciło nam uwagę na możliwość wywołania zmian ukrwienia w gruczole przez skierowanie prądu krwi wielkiej tętnicy szyjnej wspólnej w małe koryto naczyń tarczycznych górnych. W tym też celu wykonaliśmy kilka dodatkowych doświadczeń dla stwierdzenia zmian w ciśnieniu krwi zachodzących w omawianym układzie. Tętnicę tarczyczną górną połączono z małym manometrem rtęciowym, co u wielkiego psa daje się z łatwością wykonać, poczem obserwowaliśmy ciśnienie krwi w tętnicach tarczycznych górnych, bezpośrednio po obwodowem podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej. Stwierdziliśmy wówczas, że ciśnienie to zwiększyło się bezpośrednio po podwiązaniu o 60 mm Hg, wznosząc się od 120 do 180 mm Hg i utrzymywało się na tym poziomie przez cały długi czas doświadczenia. Należało przypuścić, że to miejscowe zwiększenie ciśnienia, a więc i przepływu krwi w jednostce czasu przez gruczoł, powinno odbić się dodatnio na jego czynności, analogicznie zresztą do wyniku, jaki starano się uzyskać zapomocą usunięcia nerwu współczulnego okołotętniczego *(sympatectomia periarterialis)* na naczyniach tarczycy, (Merke), lub też zapomocą tak zw. *„sympatodiaphteresis"* (Fraise, Doppler).



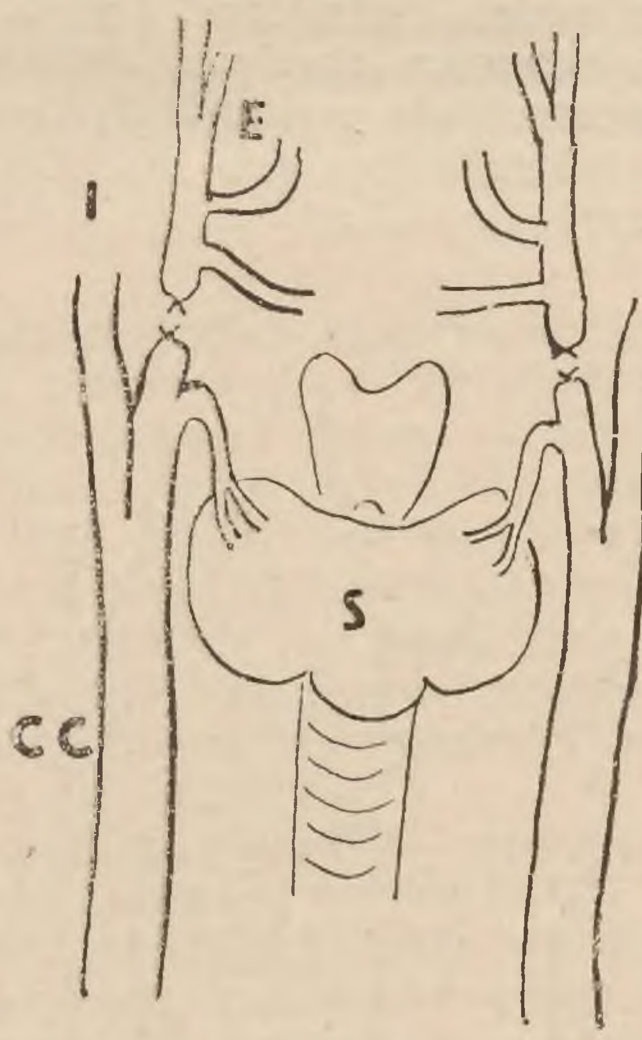
Ryc. 1. Schemat doświadczeń na psach. C — tętnica szyjna wspólna. T — gruczoł tarczykowy. t. s. — tętnica tarczyczna górna. Linja kreskowana oznacza przemieszczenie gruczoła.

Jest faktem znanym, że światło tętnicy, po zmniejszeniu zaopatrywanego przez nią obszaru przez podwiązanie, zmniejsza swe światło odpowiednio do zredukowanej funkcji. To zmniejszanie się światła odbywa się w tętnicach o typie mięśniowym wskutek skurczu elementów mięśniówki, natomiast w tętnicach o typie elastycznym w następstwie bujania śródbłonka. Ten ostatni proces postępuje powoli i nie w tym stopniu jak w tętnicach typu pierwszego. Ze względu na wielkość średnicy tętnicy szyjnej wspólnej, którą można zaliczyć do typu elastycznego, oraz na wysokie ciśnienie, panujące w niej, należy przypuszczać, że to zmniejszenie się światła tętnicy będzie wymagać długiego czasu. W dalszych doświadczeniach, które już nie miały na celu przeszczepiania, podwiązywaliśmy i przecinali tętnicę szyjną wspólną obwodowo od tętnicy tarczycznej górnej, przyczem pobieraliśmy skrawki z gruczołów w różnych odstępach czasu przed i po zabiegu. W skrawkach pobranych w 3 do 4 tygodnie po podwiązaniu udało się nam wykazać w obrazie drobnowidowym pewne cechy, wskazujące na zmianę czynności gruczoła w kierunku dodatnim. Podkreślić należy fakt, że w materjale zwierzęcym doświadczalnym mieliśmy do czynienia z tarczycami zdrowemi i z normalnem zapotrzebowaniem ustroju na ich wydzielinę. Tem właśnie tłumaczymy sobie, że wspomniane zmiany histologiczne były nieznaczne.

W związku z temi obserwacjami wyłoniło się zagadnienie praktycznego zastosowania analogicznej metody celem zwiększenia ukrwienia tarczycy oraz ewentualnie też i ciałek przytarczycznych dla pobudzenia funkcji gruczołowej. Obniżenie czynności tarczycy w hipertyreozach lub też przy tarczycy w niektórych schorzeniach układu kostnego drogą zabiegów na naczyniach w miejsce redukcji samego miąższu gruczołów, były przedmiotem licznych badań; natomiast próby zwiększenia czynności gruczołów

o wewnętrznem wydzielaniu przez zabiegi na naczyniach są nader nieliczne i ograniczają się jedynie do usunięcia okołotętniczych splotów nerwowych sympatycznych na naczyniach tarczycznych górnych. (M e r k e). Wymieniony autor po tego rodzaju operacji w przypadku obrzęku śluzowatego i wola stwierdził klinicznie zmniejszenie się rozmiarów wola, jednak bez polepszenia czynności gruczoła. Jakkolwiek podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej dla celów powyższych u człowieka nie wchodzi w rachubę, to jednak odejście tętnicy tarczycznej górnej od tętnicy szyjnej zewnętrznej stwarza korzystne warunki dla podwiązania jedynie tej ostatniej obwodowo od tętnic tarczycznych górnych. Wówczas prąd krwi, dążący do szeregu większych tętnic tj. tętn. szczękowej zewnętrznej i wewnętrznej, językowej, skroniowej i innych zostaje skierowany do tętnicy tarczycznej górnej. (Ryc. 2).

W czasie wykonywania wspomnianych wyżej prób zgłosił się na klinikę przypadek kretynizmu u dziecka 6-letniego. Przypadek ten został skierowany do nas przez klinikę dziecięcą wobec bezskutecznego, długiego leczenia preparatami tarczycy.



Ryc. 2. Schemat zabiegu operacyjnego w opisanym przypadku. CC — tętnica szyjna wspólna, J — wewnętrzna, E — zewnętrzna, S — wól.

A. K. lat 6, wyzn. mojż. Rozp.: *Myxoedema, Struma cystica.* Poród w położeniu twarzowem, trwał 3 dni siłami natury. Dziecko urodziło się omdlałe i dopiero po 2 godz. zabiegach odratowano je. Matka zauważyła już w pierwszy dzień po urodzeniu dziecka obrzęk i zgrubienie szyi, jako też obrzęk języka. Rodzice zdrowi, rodzeństwo zdrowe i normalnie rozwinięte. Ssanie utrudnione z powodu przerostu języka. Z tego powodu karmione flaszką. Pierwsze ząbki w 15-ym miesiącu. Dopiero w 3-cim roku życia zaczęło dziecko siadać. Chorób ostrych zakaźnych nie przechodziło. Dziecko pozostawało w leczeniu kliniki dziecięcej od 21. X. 1925 do 3. I. 1926. Wówczas to wystąpiła bardzo nieznaczna poprawa dzięki leczeniu tyreoidyną, później do końca 2-go roku życia podawano wyciągi tarczycy bez efektu. W czwartym roku życia matka zauważyła w jednostajnem poprzednio zgrubieniu na szyi pojedyńcze zgrubienia, które szczególnie w ostatnich miesiącach stale się powiększają. Dziecko, które już przedtem miało utrudnione oddychanie, obecnie charczy w stopniu jeszcze znaczniejszym. Bardzo bujny zarost od urodzenia, przyczem w 4-ym roku życia włosy zaczęły nieco wypadać. Skóra od urodzenia sucha, paznokcie rosną bardzo wolno. Zęby, szczególnie w ostatnim roku, psują się. *Foetor ex ore.* Stolec stale zaparty. Pomiary dziecka: dnia waga 11290 g, długość ciała 82 cm, obwód klatki piersiowej 52 cm, brzucha 54, głowy 16. Na szyi u dziecka stwierdza się duży wól, złożony z 3-ch guzów zajmujących płaty boczne i *isthmus,* o spoistości jednostajnej elastycznej.

W zakresie kośćca nie stwierdza się zmian wybitniejszych. Płuca i serce bez zmian. Brzuch rozlany, zaznaczona przepuklina pępkowa i rozstęp mięśni prostych brzucha. Wątroba, śledziona, narząd moczowo-płciowy bez zmian. Wassermann —, Pirquet —. Badanie krwi: C. cz. 2,380.000. C. b. 9.200. Eozynochł. 2%, Segment. 27%, Limfocyt. 56%, Monocyt. 11%, Pałeczkow. 8%.

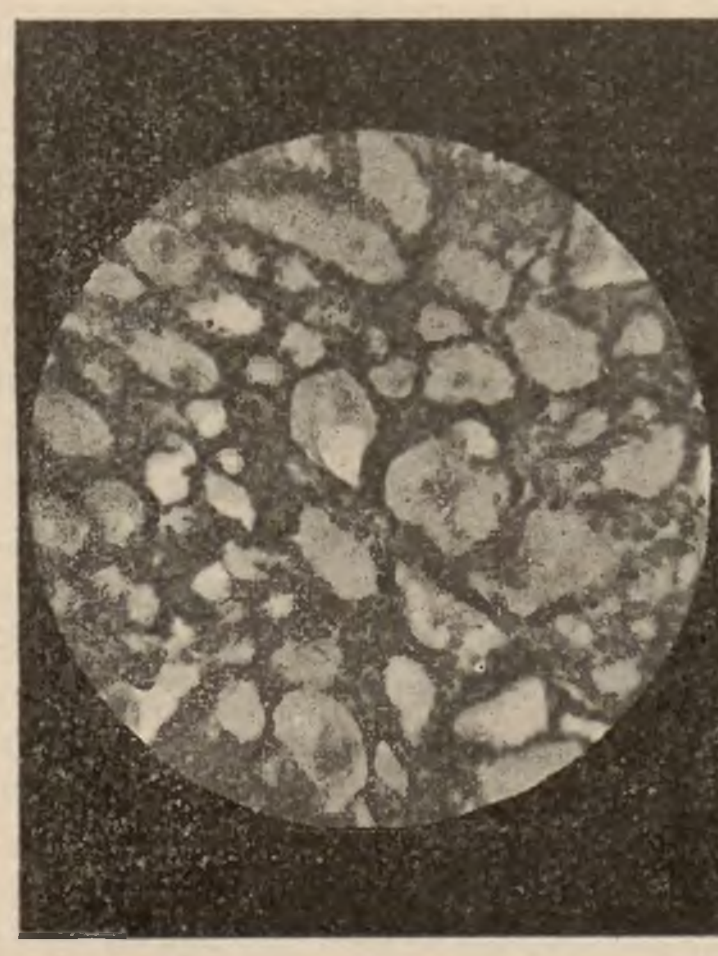
16. II. w uśpieniu ogólnem podwiązano tętnicę szyjną zewnętrzną po stronie lewej tuż powyżej odejścia tętnicy tarczycznej górnej (Ryc. 2.), przyczem pobrano skrawek z guzka po stronie lewej do badania drobnowidowego.

11. III. Identyczny zabieg po stronie prawej.

11. IV. Pobrano w znieczuleniu miejscowem skrawek z guzka po stronie lewej.

W 3 do 4 tygodnie po podwiązaniu tętnic szyjnych zewnętrznych zauważyć można było znaczne zmniejszenie się obu bocznych części wola, natomiast część środkowa pozostała bez zmian. Ustąpił również zupełnie charczący oddech. W zachowaniu się chorej można zauważyć pewną zmianę. Nastąpiło ożywienie, wyraźna chęć do użycia mięśni objawiająca się próbami chodzenia przy pomocy drugiej osoby, przyczem siła mięśniowa oraz zdolność utrzymania równowagi wzrosła. Czy powyższe zmiany obserwowane w okresie stosunkowo bardzo krótkim są wynikiem poprawy czynności tarczycy, czy też wywołane zmianą otoczenia i większem zajęciem się chorą, nie możemy obecnie orzec, natomiast do pewnego stopnia niespodzianką były zmiany anatomiczne zaszłe w gruczole tarczykowym a stwierdzone drobnowidowo w skrawkach pobranych z tych samych miejsc gruczołu przed i po zabiegu.

Badanie drobnowidowe (Dr. S c h u s t e r ó w n a). Preparat tarczycy, pobrany przed podwiązaniem tętnicy szyjnej zewnętrznej przedstawia tarczycę, której pęcherzyki są przeważnie zapadnięte, świateł nie wykazują, również budowa pęcherzykowa jest miejscami zupełnie zatarta, jednolita. Tu i ówdzie tylko widać małe światła pęcherzykowe przeważnie puste, wyjątkowo tylko zawierają one skąpą, pokurczoną grudkę koloidu niejednolicie się barwiącego. Nabłonki wyścielające pęcherzyki są wysokie, kubiczne lub cylindryczne, jądra dobrze się barwią. Tkanki łącznej podścieliskowej jest mało, miejscami jest ona obrzękła. Naczynia krwionośne są dobrze rozwinięte, naczynia żylne rozszerzone również i naczynia limfatyczne. (Ryc. 3).



Ryc. 3.



Ryc. 4.

Ryc. 3. Obraz drobnowidowy wola przed zabiegiem. Zeiss. Ok. 2. Obj. E.

Ryc. 4. Obraz drobnowidowy wola po zabiegu. Zeiss. Ok. 2. Obj. E.

Drugi preparat tarczycy wycięty w 2 miesiące po podwiązaniu tętnicy szyjnej zewnętrznej różni się znacznie od preparatu pierwszego.

I tutaj widać wprawdzie miejscami jeszcze zapadnięte i puste pęcherzyki, przeważnie jednak wykazują one większe i s z e r s z e ś w i a t ł a w y p e ł n i o n e o b f i t y m r ó ż o w o s i ę b a r w i ą c y m k w a s o c h ł o n n y m k o l o i d e m. Są miejsca, w których tarczyca przedstawia się zupełnie prawidłowo. Z powodu rozszerzenia pęcherzyków i wypełnienia ich koloidem nabłonki pęcherzyków są niskie częściowo nawet spłaszczone, jądra dobrze się barwią. Skąpa tkanka łączna podścieliskowa jest obrzękła. Naczynia krwionośne o ścianach prawidłowych są dobrze ukrwione. (Ryc. 4).

Zmiany powyższe, które musimy uważać za bezpośredni skutek zabiegu operacyjnego, odpowiadają przemianie utkania wola miąższowego *(struma parenchymatosa),* o bardzo znacznie zmniejszonej zawartości koloidów, tkankę gruczołową zbliżoną miejscami zupełnie do normalnej, z obfitą wydzieliną koloidową w rozszerzonych pęcherzykach. Wól miąższowy w przypadku powyższym uważać możemy za wyraz usiłowań ustroju, by przez nowotworzenie elementów gruczołowych podtrzymać czynność tarczycy i przeciwstawić się *„nox'ie"* chorobowej przeszkadzającej w tym wypadku prawidłowemu wytwarzaniu się koloidu. Zmiany stwierdzone w 2 miesiące po zabiegu odpowiadają przy równo-

czesnem zmniejszeniu się wola i pojawieniu się koloidu w pęcherzykach, poprawie czynności nabłonka wydzielniczego.

Działanie zabiegu operacyjnego, wykonanego w tym przypadku, można wytłumaczyć przedewszystkiem zwiększonem ukrwieniem gruczoła, a co za tem idzie, zmianą onkodynamiki naczyń włosowatych tegoż, oraz związanym z tem wpływem na przemianę materji komórek gruczołowych. Analogicznego wpływu spodziewał się Merke, wykonując usunięcie splotów sympatycznych okołotętniczych na naczyniach tarczycznych górnych, oraz Fraise, Doppler i in. działając na naczynie sznurka nasiennego. Czas obserwacji w powyższym przypadku jest jeszcze nazbyt krótki, by stwierdzone histologicznie zmiany w czynności gruczoła mogły wpłynąć uchwytnie na rozwój chorej, zarówno cielesny, jak zwłaszcza psychiczny, w ciągu 6 lat tak dalece zahamowany, tem bardziej, że według nowszych zapatrywań (Biedel, Lang, Langhaus, Kaufmann) zaburzenia psychiczne w przypadkach kretynizmu nie występują wskutek zaburzeń w wydzielaniu tarczycy, lecz są zjawiskiem równoległem. Możemy jednak spodziewać się na podstawie badań doświadczalnych i opisanego przypadku, że stosując powyżej opisany zabieg będzie można uzyskać poprawę czynności tarczycy w odpowiednich przypadkach głównie różnego rodzaju hipotyreozach. Czy stosowanie podobnej metody operacyjnej, mającej na celu zmianę czynności gruczoła dokrewnego w kierunku dodatnim na skutek zmian w ukrwieniu, będzie mogło być rozszerzone i na inne gruczoły dokrewne, pozostaje zagadnieniem otwartem.

PRACE ORYGINALNE.

J. W. SUPNIEWSKI i J. HANO. Kraków.

Własności farmakologiczne N-dwuetylamidu kwasu tetrazolo-5-karbonowego.

Z Zakładu Farmakologji Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Pod wpływem działania azotowodoru na cykloheksanon w obecności środków odciągających wodę, jakim np. jest chlorek cynku, otrzymujemy krystaliczny, łatwo w wodzie rozpuszczalny związek cyklopentametylentetrazol, powszechnie znany pod nazwą kardjazolu *(cardiazol)*.

Własności farmakodynamiczne kardjazolu są bardzo zbliżone do własności kamfory. Związek ten ze względu na swą łatwą rozpuszczalność w wodzie działa farmakodynamicznie silniej, pewniej i szybciej, niż kamfora.

Związek ten obecnie szeroko stosowany w terapji, ma bardzo wiele zalet w porównaniu z kamforą, która ze względu na swą słabą rozpuszczalność w sokach tkankowych oraz słabą wessalność z jelit, czy też tkanki podskórnej, wywiera działanie bardzo niepewne, szczególnie w stanach niedomogi krążenia, to jest wtedy, kiedy zazwyczaj jest stosowana.

Kardjazol jest środkiem bardzo odpornym na działanie czynników chemicznych. Roztwory kardjazolu są trwałe, dają się wyjałowić (Schmidt, Hildebrandt) szybko, łatwo i zupełnie wsysają się wprowadzone czyto *„per os"* czyto pozajelitowo. Działanie kardjazolu występuje już w parę minut po wprowadzeniu go pod skórę.

Liczne badania, tak w doświadczeniach na zwierzętach, jak i w klinikach, stwierdziły jego pewne, silne działanie pobudzające w stosunku do ośrodkowego układu nerwowego. Kardjazol pobudza bardzo silnie czynność ośrodka oddechowego, a prócz tego w stopniu mniejszym czynności innych ośrodków rdzenia przedłużonego. Pobudza on również mózgowie i rdzeń kręgowy, szczególnie przy stosowaniu nieco większych dawek. Małe dawki tego przetworu tak u ludzi, jak i u zwierząt wywołują silne pobudzenie oddychania, silne pobudzenie psychiczne, często również i w sferze ruchowej, wreszcie silne pobudzenie ośrodków śródmózgowia, a więc przedewszystkiem ośrodka naczynioruchowego. Duże dawki kardjazolu wywołują napady drgawek typu mieszanego, a więc przedewszystkiem drgawek typu opuszkowo-asfiksyjnego, często przeplatanych typowemi napadami drgawek bądź padaczkowatych, bądź kurczów tężcowych.

Szczególnie wyraźnie występuje działanie kardjazolu na zatruty ośrodek oddechowy np. pod wpływem morfiny. Wówczas małe już dawki kardjazolu wywołują bardzo wybitne przyśpieszenie i pobudzenie oddychania (Voss).

Mniej już zaznacza się działanie kardjazolu na serce.

Według Strubego kardjazol działa pobudzająco na autonomiczne zwoje sercowe. David zaś i Christodoss oraz Vareed sądzą, że środek ten działa na sam mięsień sercowy. Działanie to ma występować (podobnie jak i działanie kamfory) przedewszystkiem na sercu uszkodzonem. Na serce takie kardjazol działa pobudzająco; przyśpiesza jego uderzenia, zwiększa nieco amplitudę skurczów, chociaż działania tego nie można porównać z działaniem bądź środków sympatykotonicznych, bądź wreszcie ciał naparstnicowych. Napięcie *(tonus)* mięśnia sercowego jest zmniejszone po podaniu kardjazolu, natomiast rośnie po podaniu np. efedryny czy też ciał naparstnicowych (Modrakowski, Leyko). Kardjazol podobnie jak kamfora jest trucizną protoplazmatyczną, aczkolwiek jego działanie zdaje się być nieco słabsze, niż działanie bardzo toksycznych dla protoplazmy komórkowej terpenów.

Kardjazol działa nieznacznie na mięśnie gładkie, natomiast kamfora zmniejsza ich napięcie toniczne.

Schütz znalazł wyraźne, aczkolwiek słabe działanie pobudzające kardjazolu na wyosobnione serca ssaków i żab. Kardjazol przywracał migoczące serca do stanu prawidłowego. Watt natomiast nie spostrzegał żadnego dodatniego działania kardjazolu, ani na prawidłowe, ani też na uszkodzone serca ssaków i żab. David, Christodoss, Vareed opisują wyraźne działanie pobudzające kardjazolu na wyosobnione serca zatrute emetyną, chloroformem, czy atropiną.

Na serca takie kardjazol wywierał działanie pobudzające, wyrażające się przedewszystkiem przyśpieszeniem tętna oraz miernem zwiększeniem amplitudy skurczowej.

U zdrowych zwierząt dożylne wstrzyknięcie kardjazolu wywołuje bądź wzrost (Hildebrandt, Eichler) bądź spadek (Camp) ciśnienia krwi, zależne przedewszystkiem od działania tego środka na ośrodek naczynioruchowy.

Kardjazol ma wywoływać przyśpieszenie czynności serca (Szakall), choć inni badacze spostrzegali często zwolnienie czynności serca po jego podaniu, co może znów zależeć od działania kardjazolu na ośrodek nerwu błędnego w rdzeniu przedłużonym. Sanders twierdzi, że kardjazol zwiększa pojemność skurczową serca, co stoi znów w sprzeczności z doświadczeniami innych badaczów, wykonanemi na preparacie sercowo-płucnym.

Hildebrandt i Eichler dowiedli, że kardjazol wybitnie poprawia krążenie zwierząt zatrutych chloroformem, chloralem lub morfiną. Szakall nie wykrył żadnego pomyślnego działania kardjazolu w ostrem zaburzeniu krążenia wywołanem przez wstrzyknięcie histaminy, co nie powinno nas dziwić ze względu na wybitnie obwodowy charakter tych zaburzeń.

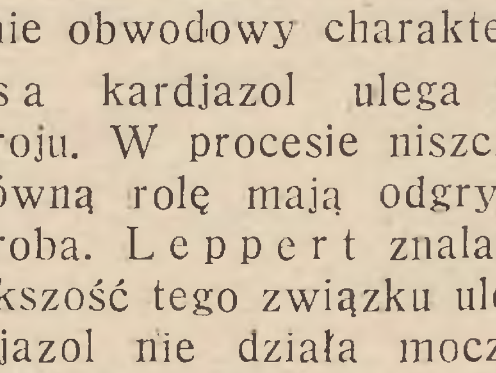
Według Vossa kardjazol ulega powolnemu zobojętnieniu i wydaleniu z ustroju. W procesie niszczenia i usuwania kardjazolu z ustroju główną rolę mają odgrywać nerki, a w małym tylko stopniu wątroba. Leppert znalazł jedynie ślady kardjazolu w moczu, większość tego związku ulega rozkładowi w ustroju zwierzęcym. Kardjazol nie działa moczopędnie i nie wywiera wpływu na zawartość hemoglobiny we krwi.

Spostrzeżenia kliniczne przemawiają za użytecznością kardjazolu w ostrych niedomogach układu krążenia i oddychania, jak również w niektórych przewlekłych schorzeniach serca i dróg oddechowych (Siebner, Morway, Pichler, Richert), Mertz, Eschbacher polecają stosowanie kardjazolu pozajelitowe w sprawach chorobowych przebiegających ostro (w praktyce dziecięcej), przy bardziej zaś przewlekłym przebiegu sprawy chorobowej podawanie *„per os"*. Biedermann widział stałe dobre działanie kardjazolu na objawy chorobowe (duszność, sinica) już w parę minut po podaniu pozajelitowem. Działanie to trwało przez przeciąg czasu do $1^1/_2$ godziny. Nie spostrzegano nigdy działania ubocznego.

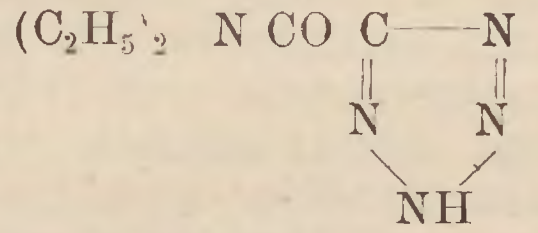
Obecnie kardjazol jest używany jako środek wykrztuśny (Richert).

W niniejszej pracy chodziło nam o zbadanie, w jakim stosunku są związane własności farmakologiczne kardjazolu z obecnością w nim grupy tetrazolowej. W tym celu poddano analizie farmakologicznej prosty związek tetrazolowy, nie zawierający pierścienia hydroaromatycznego, zaś zawierający grupę dwuetylamidową, tak charakterystyczną dla koraminy.

Cardiazol



N-Dwuetylamid kwasu tetrazolo-5-karbonowego



Dwuetylamid kwasu tetrazolo-5-karbonowego zsyntetyzowany został w pracowni badawczej t. a. Spiess i Syn w Warszawie przez E. Trochimowskiego-Gryszkiewicza w sposób podobny, jak zsyntetyzowany został kardjazol; przez ogrzewanie nitrylu kwasu dwuetylooksymowego z azotowodorem w rozczynie eterowym.

Związek ten jest ciałem krystalicznem o p. t. 80—81° miernie rozpuszczalnem w zimnej wodzie. Jest on pseudokwasem i rozczyny jego oddziałują silnie kwaśno. Wodór przy azocie pierścienia tetrazolowego może być łatwo zastąpiony przez rodnik metaliczny i takie sole z metalami z grupy potasowców dość dobrze się rozpuszczają w wodzie, a rozczyny ich oddziałują obojętnie. Do doświadczeń naszych używaliśmy rozczynów wodnych sodowej soli tego związku. Sól wapniowa tego amidu łatwo rozpuszcza się w wodzie i w rozczynach takich wapń występuje w postaci zjonizowanej.

Toksyczność dla białych myszy.

Kardjazol. Białym myszom wstrzykiwano pod skórę 0.5% rozczyny kardjazolu. Zwykle w parę minut po wstrzyknięciu występowało u zwierząt tych silne podniecenie ruchowe, silne pobudzenie oddychania, wreszcie drgawki o typie opuszkowo-padaczkowatym, a po podaniu dawki śmiertelnej śmierć z powodu porażenia oddychania. Wyniki doświadczeń podajemy poniżej.

Dawka g/kg	0.15	0.12	0.10	0.08	0.07	0.06
Ilość myszy użytych do doświadczeń	1	1	1	4	4	3
Żyje po godzinie	0	0	0	0	4	3

Dawka śmiertelna kardjazolu dla myszy wynosiła 0.08 g/kg. Dawka wywołująca kurcze 0.07 g/kg.

Dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego. Po podskórnem wstrzyknięciu tego przetworu myszy zachowywały się zupełnie inaczej, niż po kardjazolu. Występowało u nich zahamowanie ruchowe, myszy takie nie ruszały się. Objawy zatrucia występowały u nich więcej przewlekle, wreszcie występowały objawy porażenia ośrodkowego układu nerwowego i śmierć. Wyniki podajemy w załączonym protokóle.

Dawka g/kg	2.0	1.5	1.0	0.8	0.6	0.4	0.2
Ilość myszy użytych do badań	2	4	4	4	1	1	1
Żyje po 24 godz.	0	0	4	4	1	1	1
Żyje po 3 dniach	0	0	0	4	1	1	1

Dawka śmiertelna dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego wynosiła dla białych myszy 1.0 g/kg.

Toksyczność dla żab wodnych.

Kardjazol. Wodnym żabom wstrzykiwano do worka limfatycznego grzbietowego 1% rozczyny kardjazolu. Po tem zwykle następowało bardzo charakterystyczne rozdęcie płuc żaby, a po wprowadzeniu dawki śmiertelnej następowały skurcze typu opuszkowo-korowego *(opisthotonus)*, ściągnięte kończyny i t. d.) oraz śmierć przy objawach porażenia ośrodka oddechowego. Wyniki doświadczeń podajemy na załączonej tablicy.

Dawka g/kg	0.08	0.1	0.15	0.2
Ilość żab użytych do badania	1	2	3	4
Żyje po 24 godz.	1	2	3	0

Dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego. Przetwór ten wstrzyknięty żabom do worka limfatycznego, nie zabijał ich nawet podany w dawce 3 g/kg. Wokół miejsca wstrzyknięcia, a następnie również na kończynach dolnych występowały drżenia włókienkowe mięśni prążkowanych, szczególnie po większych dawkach przetworu np. 2 g/kg (po 1 g/kg nie zawsze). Drżenie to nie znikało po przecięciu nerwu ruchowego dochodzącego do danej grupy mięśniowej, przyczem spostrzeżono, że pobudliwość nerwów i mięśni na indukcyjny prąd elektryczny była zachowana. Drżenie to występowało także u żab zatrutych kurarą tak, że musimy przyjąć, iż drżenie to jest pochodzenia mięśniowego.

Działanie na ośrodek oddechowy.

Doświadczenia wykonano na kotach, królikach i świnkach morskich, narkotyzowanych 1.4 g/kg uretanu. Ruchy oddechowe zapisywano zapomocą bębenka połącznego z kanjulą tchawiczną. Wstrzyknięcie dożylne 1.025 g/kg dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego nie wywierało wpływu na ruchy oddechowe zwierząt. Taka sama dawka kardjozalu wywoływała silne pogłębienie i przyśpieszenie oddychania.

Wpływ na wydzielanie moczu.

Doświadczenie wykonano na króliku, narkotyzowanym uretanem. Krople moczu wyciekające z kanjulki pęcherzowej zapisywano rejestratorem elektrycznym.

Po dożylnem wstrzyknięciu 0,025 g/kg dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego spostrzegano wybitne, lecz krótkotrwałe zwiększenie ilości wydzielanego moczu. Taka sama dawka kardjazolu nie wywierała wyraźnego wpływu na wydzielanie moczu u królika.

Następne doświadczenie wykonano z królikiem umieszczonym w klatce metabolitycznej, żywionym dietą dzienną 200 g buraków pastewnych i 50 g owsa. Królikowi temu, wagi 2400 g, wstrzyknięto pod skórę grzbietu 0.1 g/kg dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego w 10% rozczynie. Królik ten prawidłowo wydzielał 120 do 80 cm³ moczu, o ciężarze właściwym 1.014. W 24 godz. po wstrzyknięciu przetworu wydzielił królik 200 cm³ moczu o c. wł. 1.008. Dnia następnego stracił królik apetyt i nie jadł buraków, oraz wydzielił 70 cm³ moczu o c. wł. 1.024.

Wyniki naszych doświadczeń wskazują, że dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego wywiera działanie moczopędne, którego nie wywiera kardjazol.

Działanie na krążenie.

Ciśnienie krwi. Doświadczenia wykonano na kotach i królikach narkotyzowanych uretanem.

Dawka dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego 1 mg/kg wywołuje bardzo mały przejściowy wzrost ciśnienia krwi. Dawka 10 mg/kg wywołuje mierny, dość długotrwały wzrost ciśnienia krwi. Dawka 100 mg/kg wywołuje dość długotrwały wzrost ciśnienia krwi dochodzący do 30 mm Hg.

Kardjazol w dawce 10 mg/kg wywoływał zazwyczaj krócej lub dłużej trwający spadek ciśnienia krwi.

Doświadczenia onkometryczne. Doświadczenia te wykonano na kocie narkotyzowanym uretanem. Zapisywano objętość kończyny przedniej pletyzmografem wodnym oraz objętość pętli jelit cienkich onkometrem Schafera.

Dożylne wstrzyknięcie 10 mg/kg dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego wywoływało wzrost objętości jelit cienkich, równolegle do zmian ciśnienia krwi. Objętość kończyny pozostawała bez zmiany.

Perfuzja naczyń szczura. Naczynia krwionośne całej tylnej połowy ciała białego szczura przemywano ciepłym (37° C), nasyconym tlenem płynem Ringera pod ciśnieniem 35 mm Hg. Płyn wlewano do aorty zstępującej, a zbierano z żyły głównej dolnej.

Prawidłowy wypływ z żyły głównej dolnej wynosił 24 cm³ na minutę. Po wstrzyknięciu do aorty 0.2 cm³ 1% dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego wypływ wynosił od 20 do 24 cm³. Wstrzyknięcie 0.5 cm³ tego przetworu nie zmieniało wypływu i dopiero wstrzyknięcie 1 cm³ przetworu obniżało wypływ do 12—18 cm³.

Wstrzyknięcie 1 cm³ 1% kardjazolu nie zmieniało wypływu płynu z żyły głównej dolnej.

Dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego działa kurcząco na naczynia krwionośne szczura; kardjazol działania takiego nie wywiera.

Perfuzja naczyń żaby wodnej. Do doświadczeń tych zastosowano oryginalną metodę Trendelenburga. Prawidłowo z żaby wyciekało 69—70 kropli na minutę; po przemywaniu żaby 1/5000 rozczynem dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego ilość wyciekających kropli zmniejszała się do 52—56, a po przemywaniu 1/1000 rozczynem 44 do 41 kropli na minutę.

Identyczne doświadczenie wykonano z rozczynami kardjazolu. Prawidłowo z żaby wyciekało 46 kropli na minutę; po przemywaniu 1/5000 kardjazolu 45 kropli, a po 1/1000 47 kropli na minutę.

Na naczynia żaby dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego działa kurcząco, natomiast kardjazol nie wywiera żadnego działania.

Wyosobnione serce żaby wodnej. I. Metoda Strauba. Doświadczenia wykonano na sercach żab osłabionych bądź środkiem wagotonicznym, jakim jest acetylocholina, bądź środkami uszkadzającemi mięsień, jakim jest wodan chloralu.

A. 1. Serce zatrute acetylocholiną 1/100000. Bardzo powolne ruchy serca. Dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego w stężeniu 1/1000000 nie wywiera żadnego wpływu, 1/100000 bardzo nieznacznie zwiększa amplitudę skurczów serca. 1/10000 przyśpiesza uderzenia serca.

2. Serce zatrute acetylocholiną 1/10000. Zupełne zahamowanie ruchów serca. 1/100000 dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego nie wywiera działania. 1/10000 tegoż przetworu przywraca powolne ruchy.

3. Serce zatrute acetylocholiną 1/100000. Bardzo powolne ruchy serca. Koramina 1/100000 wywołuje zahamowanie ruchów serca. 1/10000 koraminy przywraca powolne ruchy serca, 1/1000 koraminy przywraca ruchy serca, ale serce bije bardzo wolno.

4. Serce zatrute acetylocholiną 1/100000. Niska amplituda skurczów, ruchy serca bardzo powolne.

Kardjazol 1/100000 nie wywiera żadnego wpływu, 1/10000 przywraca ruchy serca, 1/1000 przyśpiesza ruchy serca i zwiększa amplitudę skurczów.

B. 1. Serce zatrute wodanem chloralu 1/5000. Niskie napięcie *(tonus)* serca, ruchy powolne, amplituda skurczów niska. 1/100000 dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego nie wywiera wpływu. 1/10000 tegoż preparatu wywołuje zwiększenie napięcia tonicznego mięśnia sercowego, zwiększa amplitudę skurczów oraz zwiększa częstość skurczów serca.

2. Serce zatrute chloralhydratem 1/5000. Niskie napięcie, niska amplituda skurczów, rzadkie skurcze. 1/100000 koraminy zwiększa nieco napięcie serca i nieznacznie zwiększa amplitudę skurczów. 1/10000 koraminy wywołuje zwolnienie ruchów serca, napięcie serca opada.

3. Serce zatrute wodanem chloralu 1/5000. Niskie napięcie i amplituda skurczów. Ruchy serca bardzo zwolnione. 1/100000 kardjazolu nie wywiera żadnego działania. 1/10000 tegoż związku wywołuje zwiększanie się amplitudy skurczów, napięcie serca początkowo rośnie, potem nieco opada i równocześnie spostrzega się wyraźne przyśpieszenie czynności serca.

II. Perfuzja serca metodą Minesa. Serce przemywane płynem Ringera metodą Minesa polewamy z zewnątrz 1/200 rozczynem wodanu chloralu, wskutek czego ruchy serca stają się bardzo powolne i amplituda skurczów wybitnie się zmniejsza. Następnie wodan chloralu zmywamy płynem Ringera i serce polewamy 1/100 rozczynem koraminy. Ruchy serca stają się jeszcze powolniejsze i amplituda ich maleje nieco. Następnie zmywamy koraminę i serce polewamy 1/100 dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego. Występuje wybitne przyśpieszenie ruchów serca oraz zwiększenie amplitudy skurczów. (Rycina).



Perfuzja serca żaby wodnej metodą Minesa płynem Ringera. Na serce z zewnątrz działano 1/200 rozczynem wodanu chloralu, wskutek czego nastąpiło wybitne zwolnienie tętna. Następnie serce polewano 1% rozczynem koraminy; następowało jeszcze większe zwolnienie tętna. Wreszcie serce polewano 1% dwuetylamidem kwasu tetrazolokarbonowego; wówczas spostrzegano wybitne przyśpieszenie uderzeń serca. Doświadczenie to powtórzono.

Doświadczenia nasze nad sercem żaby, zatrutem acetylocholiną, dowiodły, że tak koramina, jak kardjazol i dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego pobudzają serce takie do silniejszych i szybszych skurczów, jednak związki tetrazolowe zdają się działać mocniej.

Serce zatrute wodanem chloralu zachowuje się odmiennie. Na sercu takiem nie udaje się całkiem pewnie stwierdzić pobudzającego działania koraminy a nawet przeciwnie, często koramina w dużem stężeniu działała porażająco na takie serce. Dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego i kardjazol wywierają pewne i silne działanie pobudzające na serce zatrute wodanem chloralu.

Wyosobnione serce świnki morskiej. Perfuzję serca świnki morskiej wykonano według metody L o c k e'g o.

Wstrzyknięcie do aorty 0.1 cm³ dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego wywołuje nieznaczne zwiększenie amplitudy skurczów wyosobnionego serca świnki morskiej oraz zwolnienie jego ruchów (prawidłowo 104 uderzeń na minutę; po wstrzyknięciu przetworu 92 uderzenia na minutę). Analogiczna dawka kardjazolu wywiera takie samo działanie.

Krzywa kardjograficzna serca świnki morskiej. Do doświadczenia używaliśmy świnki morskiej narkotyzowanej uretanem. Przy zastosowaniu sztucznego oddychania zapisywano metodą dźwigniową ruchy prawej komory serca, oraz przy zastosowaniu manometru z nasyconym siarczanem sodu zapisywano (zapomocą bębenka) ciśnienie krwi w tętnicy szyjnej *(carotis)*. Płyny wstrzykiwano do żyły jarzmowej.

Dożylne wstrzyknięcie 0.01 g/kg dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego wywoływało zwiększenie się amplitudy skurczów serca o 50%. Ruchy serca ulegały nieznacznym zmianom (prawidłowo 204 uderzeń na minutę, po wstrzyknięciu 216 uderzeń).

Następnie wstrzykiwano zwierzęciu rozczyn wodanu chloralu do żyły jarzmowej aż amplituda skurczów serca zmniejszyła się do 50%, a częstość skurczów do 112 na minutę. Wstrzyknięcie dożylne 0.01 g/kg dwuetylamidu tetrazolowego wywoływało duże zwiększenie amplitudy skurczów serca i przyśpieszało ruchy serca do 132 na minutę.

Ponowne wstrzyknięcia wodanu chloralu obniżały amplitudę skurczów serca do poprzedniego poziomu, a liczbę uderzeń do 112 na minutę. Następne wstrzyknięcie 0.01 g/kg kardjazolu zwiększało wybitnie amplitudę skurczów serca i przyśpieszało uderzenia serca do 130 na minutę.

Ani kardjazol ani dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego nie pobudzały serca świnki morskiej zatrutego pilokarpiną.

Krzywa kardjometryczna serca kota. Do doświadczenia użyto kota narkotyzowanego uretanem. Objętość serca zapisywano kardjometrem H e n d e r s o n a.

Dożylne wstrzyknięcia dawek dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego 1,10 i 100 mg/kg wywoływały jedynie bardzo nieznaczne zwiększenie się objętości serca i nieznaczne zwiększenie amplitudy skurczów serca, na częstość skurczów przetwór ten nie wpływał. Dawki 10 i 100 mg/kg przetworu wywoływały wzrost ciśnienia krwi. Dożylne wstrzyknięcie 10 mg/kg kardjazolu wywoływało spadek ciśnienia krwi oraz mierny wzrost amplitudy skurczów serca w części rozkurczowej, wreszcie wyraźne zwolnienie uderzeń serca (prawidłowo 176 uderzeń na minutę, po wstrzyknięciu 160 uderzeń).

Następnie kotu temu wstrzyknięto dożylnie chlorek potasu (2 cm³ 5%), wskutek czego nastąpiła silna depresja serca i spadek ciśnienia krwi. Dożylne wstrzyknięcie 10 mg/kg pochodnej tetrazolowej przywracało krążenie do stanu prawidłowego.

U tegoż samego kota wywołano depresję serca przez wstrzyknięcie dożylne 10% wodanu chloralu. Wstrzyknięcie 10 mg/kg pochodnej tetrazolowej poprawiało nieco krążenie, podwyższało ciśnienie krwi, przyśpieszało uderzenia serca (z 112 na 1' do 158 na 1') poprawiało napięcie i skurcze serca. Taka sama dawka kardjazolu działała tak samo. Na serce kota zatrute pilokarpiną, ani pochodna tetrazolowa, ani kardjazol nie wywierały wyraźnego działania.

Doświadczenia nad wyosobnionem sercem świnki morskiej dowiodły, że tak dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego, jak i kardjazol działają na serce takie pobudzająco. Działanie na serce świnki morskiej występowało silniej w doświadczeniach „in situ", szczególnie w odniesieniu do serca zatrutego wodanem chloralu. Działanie kardjazolu jest jak się zdaje takie samo, jak działanie pochodnej tetrazolowej. Na serce świnki morskiej zatrute pilokarpiną oba te przetwory nie wywierają widocznego działania.

Mniej pomyślne wyniki otrzymaliśmy w doświadczeniach na sercu kota „in situ". Tu działanie pochodnej tetrazolowej było bardzo nieznaczne, kardjazol działał nieco silniej. Nieco mocniej oba te ciała pobudzały serce kota, zatrute potasem lub wodanem chloralu. Na serce kota zatrute pilokarpiną oba te ciała nie wywierają działania pobudzającego.

* * *

W działaniu na krążenie spostrzegamy pewną różnicę między kardjazolem i dwuetylamidem kwasu tetrazolokarbonowego.

Kardjazol początkowo wywołuje spadek ciśnienia krwi, zależny przedewszystkiem od zmniejszenia wydatku sercowego wskutek zwolnienia uderzeń serca, choć inne, niewykryte jeszcze przyczyny nie są wykluczone. Kardjazol nie wywiera wpływu na naczynia krwionośne.

Dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego zawsze podwyższa ciśnienie krwi, częściowo prawdopodobnie wskutek (nieznacznego) działania pobudzającego serce, a częściowo wskutek działania na naczynia. Związek ten kurczy naczynia krwionośne.

Wyosobnione jelito cienkie królika. Stężenie 1/80000 przetworu tetrazolowego zwiększa ruchy robaczkowe. Stężenie 1/40000 podnosi wybitnie napięcie *(tonus)* jelita.

Te same stężenia kardjazolu zmniejszają wychylenia skurczowe jelita, obniżają napięcie, a później hamują ruch robaczkowy.

Tablica porównawcza własności farmakologicznych kardjazolu i dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego.

Działania	Kardjazol	Dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego
Toksyczność dla myszy g/kg	0.08	1.0
Ośrodkowy układ nerwowy	Pobudza	Poraża
Ośrodek oddechowy	Pobudza	Poraża
Mięśnie żaby	Nie działa	Drżenie włókienkowe
Serce żaby prawidłowe	Pobudza	Pobudza
zatrute acetylocholiną	Pobudza	Pobudza
zatrute wodanem chloralu	Pobudza	Pobudza
Serce świnki wyosobnione	Słabo pobudza	Słabo pobudza
Serce świnki „*in situ*"	Słabo pobudza	Słabo pobudza
zatrute wodanem chloralu	Pobudza	Pobudza
Serce kota „*in situ*"	Słabo pobudza	Bardzo słabo pobudza
zatrute K	Słabo pobudza	Słabo pobudza
zatrute chloralem	Słabo pobudza	Słabo pobudza
zatrute pilokarpiną	Bez wpływu	Bez wpływu
Ciśnienie krwi	Zazwyczaj obniża	Podwyższa
Naczynia żaby	Bez wpływu	Kurczy
Naczynia szczura	Bez wpływu	Kurczy
Wydzielanie moczu	Bez wpływu	Działa moczopędnie
Jelita królika	Obniża napięcie Zmniejsza ruch robaczkowy	Zwiększa napięcie Zwiększa ruch robaczkowy

Z załączonej tablicy widzimy, że pod względem farmakologicznym kardjazol różni się bardzo od dwuetylamidu kwasu tetrazolokarbonowego. Oba te związki posiadają prawie takie same własności pobudzania serca, jednakowoż amid tetrazolowy nie pobudza ośrodków układu nerwowego, co, jak się zdaje, zależy od hydroaromatycznej grupy, obecnej w kardjazolu. Kardjazol znów nie działa obwodowo na krążenie, nie ma własności pobudzania mięśni prążkowanych do skurczów włókienkowych, ani też nie ma własności moczopędnych. Poza tem kardjazol jest przetworem bardziej toksycznym od związku amidowego. Kardjazol wywiera pewne działanie pobudzające na ośrodkowy układ nerwowy, którego to działania nie wywiera nasza pochodna tetrazolowa. Dwuetylamid kwasu tetrazolokarbonowego nie może być praktycznie stosowany jako środek zastępczy kardjazolu.

Badania nasze zdają się wskazywać, że działanie kardjazolu na serce zależy od obecności w nim pierścienia tetrazolowego, a własności pobudzania ośrodkowego układu nerwowego zależą od pierścienia pentametylenowego.

Piśmiennictwo:

B i e d e r m a n n: Münch. med. Wochschr. 1926, 32. — C a m p: Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut. 1928, 33, 81. — D a v i d, C h r i s t o d o s s, V a r e e d: Indian. Journ. med. 1929, 16, 920. — E i c h l e r, H i l d e b r a n d t: Archiv. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 1926, 116, 110. — F a h r e n k a m p, N o c k e: Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 1928, 131, 367. — F r a n k e n: Klin. Wochschr. 1930, 1, 1124. — G o r e c k i: Polskie Arch. med. wewn. 1930, 8, 375. — L e p p e r t: Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 1927, 122, 362. — L e y k o: Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut. 1930, 38, 31. — M e r t z, E s c h b a c h e r: Münch. med. Wochschr. 1926, 32. — M o d r a k o w s k i, L e y k o: Nowiny Lek. 1930, XLII, 313. — M o r w a y: Wiener Klin. Wochschr. 1927, 4, 127. — P i c h l e r: Wiener klin. Wochschr. 1926, 34, 964. — R i c h e r t: Münch. med. Wochschr. 1927, 27. — R i d d e r: Archiv. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 1927, 120, 126. — S a n d e r s: Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 1927, 125, 358. — S c h m i d t, H i l d e b r a n d t: Klin. Wochschr. 1925, 435. — S c h m i d t: Ber. d. deutsch. chem. Gesellschft. 1924, 57, 764. — S c h w a r t z: C. r. d. Soc. Biol. 1928, 99, 222. — S c h ü t z: Ztschrft. d. ges. exp. Med. 1929, 65, 147. — S t r a u b e: Archiv. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 1927, 121, 94. — S z a k a l l: Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 1930, 148, 18. — V o s s: Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 1926, 118, 259. — W a t t: Archiv. internat. Pharmacodynamie. 1929, 36, 225.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Józef FELIX, Dr. Adam SOKOŁOWSKI (część kliniczna) Kraków.
Dr. Kazimierz ŚCIESIŃSKI (część anat.-patolog.).

Pierwotny zakrzep żyły śledzionowej.

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. (Dyr.: Prof. Dr. Tadeusz T e m p k a) i z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. (Dyr.: Prof. Dr. Stanisław C i e c h a n o w s k i).

Z pośród objawów stwierdzanych badaniem fizycznem, powiększenie śledziony dużego stopnia jest objawem stosunkowo częstym, ważnym rozpoznawczo i mającym różnolite znaczenie kliniczne, zależnie od zespołu towarzyszących objawów. Symptomatologja chorób wewnętrznych poświęca niewielu objawom tyle miejsca, co splenomegalji. Obok częstych spraw chorobowych, jak białaczka, zimnica, kiła narządów wewnętrznych i t. d. spotykamy duży guz śledziony w sprawach chorobowych rzadszych, jak białaczka szpikowa i limfatyczna, aleukemiczna, a wreszcie w bardzo rzadkich, jak *Myeloma multiplex*, gruźlica śledziony, pierwotne nowotwory śledziony, choroba Bantiego, choroba Gauchera i inne. Do niewątpliwie bardzo rzadkich cierpień, przy których duży guz śledziony jest stałym objawem, należy pierwotny zakrzep żyły śledzionowej. Nie mamy tu na myśli zakrzepów spotykanych dość często w żyle śledzionowej przy sekcji w przypadkach kiły narządów wewnętrznych; powstają one przez przechodzenie procesu kiłowego ze schorzałej śledziony na naczynia żylne, odprowadzające z niej krew, albo są następstwem zmian marskich wątroby i związanego z tem zaburzenia w krążeniu wątrobowem. W przypadkach tych chodzi więc o sprawy typowo następowe. Również należy tutaj wyróżnić zakrzepy żyły śledzionowej i wrotnej, powstające ostro, w krótkim stosunkowo czasie, w toku zakażeń, w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego, zapalenia otrzewnej, spraw ropnych w zakresie dróg żółciowych, woreczka żółciowego, trzustki i t. p. wskutek przechodzenia procesu zapalnego z otoczenia na te żyły. Zakrzepy takie są również dość częste i powstają zwykle w okresie końcowym ciężkiej, wyniszczającej sprawy chorobowej.

Mówiąc o pierwotnym zakrzepie żyły śledzionowej, jako o samoistnym zespole objawów klinicznych i anatomo-patologicznych, mamy na myśli proces chorobowy przewlekły, który przy niezmienionej początkowo anatomicznie śledzionie występuje jako pierwotne schorzenie ścian żyły śledzionowej, wywołując następowo wskutek powstałego zakrzepu znaczne powiększenie samej śledziony.

Zakrzep pierwotny może mieć różne zejście. Może on ulec rozmiękinieniu lub też może ulec organizacji, która doprowadza bądźto do zarośnięcia światła naczynia, bądź też do jego częściowej ponownej drożności, która jednak z reguły jest tylko czasowa; powstające bowiem nowe zakrzepy zamykają ponownie po pewnym czasie światło żyły. Prócz tego zakrzep pierwotny może przez narastanie wydłużać się i wypełniać coraz to dalsze części światła naczynia. To narastanie może dokonywać się przy niezmienionej ścianie naczynia dzięki znacznemu zwolnieniu prądu krwi, bądź też może ono być bezpośrednim skutkiem postępującego w ścianie naczynia procesu zapalnego, który obejmuje z czasem coraz to większe części ściany samego pnia żyły śledzionowej, przechodząc w dalszym ciągu na ujścia żył krezkowych (U m b e r). W tym drugim przypadku narastanie będzie postępować zarówno w kierunku prądu krwi, jak i w kierunku przeciwnym.

Mechanizm powiększenia śledziony, wywołanego niedrożnością żyły śledzionowej, pochodzenia zakrzepowego, pozornie bardzo prosty, był już przedmiotem szeregu badań. Okazało się bowiem w doświadczeniach na zwierzętach, którym podwiązywano żyłę śledzionową, że śledziona, jakkolwiek powiększała się, to jednak nie dochodziła nigdy do takich rozmiarów, jak u czło-

wieka w przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej lub wrotnej. Badacze, którzy pracowali nad tem zagadnieniem, jak Wicklein, Panski, Dziembowski, zwrócili szczególną uwagę na zachowanie się tętnic śledzionowych i stwierdzili zgodnie nieznaczne, ale wyraźne ich zwężenie. Dziembowski przyjął, że w doświadczeniach na zwierzętach mamy do czynienia z samoobroną ustroju, który przez zwężenie światła tętnic śledzionowych dąży do zachowania równowagi w krążeniu śledzionowem. Dla potwierdzenia swych przypuszczeń wykonał Dziembowski następnie szereg doświadczeń, w których obok podwiązywania żyły śledzionowej dokonywał przecięcia gałązek naczynioruchowych nerwu współczulnego, a tem samem usuwał możliwość zwężenia się światła tętnic. W rezultacie uzyskał bardzo znaczne powiększenie śledziony, odpowiadające wielkością i budową anatomiczną w zupełności powiększeniu spotykanemu u człowieka w przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej. Dziembowski doszedł na tej podstawie do wniosku, że u człowieka w omawianych przypadkach ten sam czynnik, który wywołuje powstawanie zakrzepów w żyle, sprowadza też miejscowe rozszerzenie tętnic śledzionowych przez porażenie ich gałązek naczynioruchowych, w następstwie czego guz zastoinowy śledziony może dochodzić do tak dużych rozmiarów.

Zmiany anatomo-patologiczne w ścianach żyły śledzionowej, które wiodą do tworzenia się przewlekłych zakrzepów w jej świetle, powstają w następstwie przebytej sprawy zapalnej *(endophlebitis)* zazwyczaj w związku ze schorzeniem ogólnem, jak np. płonica lub kiła. Według Lossena kiła wrodzona może również wywołać miejscową sprawę zapalną żyły śledzionowej. Borrmann przyjmuje możliwość procesu odpowiadającego zmianom miażdżycowym w tętnicach. Ponfick i niektórzy autorowie przypisują duże znaczenie etjologiczne miejscowemu urazowi mechanicznemu. Cauchois wreszcie rozróżnia 3 grupy czynników etjologicznych. Do pierwszej zalicza on choroby zakaźne i charłactwo, do drugiej sprawy miejscowe, jak schorzenia wątroby i trzustki, do trzeciej grupy zalicza uraz mechaniczny. Cauchois zatem obejmuje swoim podziałem wszystkie typy zakrzepów. Pierwotne zakrzepy żyły śledzionowej w pojęciu innych autorów, jak Eppingera, Lossena, Ponficka i Simmonsa mieściłyby się głównie w trzeciej, a częściowo w pierwszej grupie podziału Cauchois'a. W szeregu przypadków etjologja jest jednak albo wątpliwą albo zupełnie nieznaną. Nie brak przypadków, w których nie stwierdza się żadnych zmian anatomicznych w ścianach żyły wypełnionej zakrzepem. Dla tych przypadków przyjmuje Edens, że uszkodzenie ściany żylnej nastąpić musiało w zakresie jednej z gałęzi bocznych dopływających, skąd zakrzep drogą narastania rozwinął się i objął światło niezmienionego pnia głównego. Dlatego też zmiany histologiczne w ścianie samej żyły śledzionowej na odcinku, zajętym przez zakrzep, nie są bynajmniej konieczne do wytłumaczenia obecności zakrzepu w głównym pniu żyły śledzionowej. Naogół w etjologji pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej, obok urazu, kiła zdaje się odgrywać bardzo doniosłą rolę. (Lossen, Simmons, Schlesinger).

Przed omówieniem części klinicznej podajemy kilka uwag anatomicznych dotyczących krążenia żyły wrotnej i jej dopływów.

Krótki pień żyły wrotnej, zdążający ku wrotom wątroby pomiędzy blaszkami więzadła wątrobno-dwunastniczego powstaje przez połączenie się trzech dużych pni żylnych, odprowadzających krew ze ścian przewodu pokarmowego od wpustu aż do środkowej części odbytnicy, ponadto ze śledziony, trzustki, pęcherzyka żółciowego i z sieci. Z owych pni żylnych, żyła śledzionowa przebiega prawie poziomo od strony lewej ku prawej, mniej więcej równolegle do górnego brzegu trzustki i odprowadza krew ze śledziony, a częściowo z trzustki *(v. v. pancreaticae)* i z żołądka *(v. gastroepiploica sin.*, a w niektórych przypadkach także *v. coronaria ventriculi* i *v. pylorica).* Z żyłą śledzionową łączy się zwykle w środkowej linji ciała, czasem dalej na prawo, drugi z wspomnianych pni żylnych t. j. żyła krezkowa dolna, *(v. mesenterica inf.)*, odprowadzająca krew z dolnego odcinka przewodu pokarmowego od odbytnicy aż do połowy jelita grubego *(v. v. haemorrhoidales sup., v. v. sigmoideae, v. colica sin.).* Po przejściu na prawą stronę ciała żyła śledzionowa łączy się z trzecim dużym pniem, t. j. z żyłą krezkową górną *(v. mesenterica sup.)* biegnącą od dołu ku górze i odprowadzającą krew z części jelita grubego *(v. colica media, v. colica dextra)*, z całego jelita cienkiego *(v. v. intestinales)*, z dwunastnicy, częściowo z trzustki i z żołądka *(v. gastroepiploica dext.).* Oprócz tego żyła wrotna przyjmuje czasem bezpośrednie dopływy z żołądka *(v. coronaria ventriculi, v. pylorica)* i z woreczka żółciowego *(v. cystica).*

W razie utrudnienia prawidłowego odpływu krwi z całego tego obszaru przez krążenie wątrobne, czyto wskutek zaczopowania lub ucisku żyły wrotnej, czy też w następstwie zmian marskich w samej wątrobie, krew zalegająca w żyłach narządów jamy brzusznej szuka innych dróg odpływowych i znajduje je, dzięki obecności licznych — choć drobnych — bezpośrednich połączeń pomiędzy obwodowemi rozgałęzieniami żyły wrotnej, a żyłą główną dolną i górną. Połączenia te w warunkach prawidłowych nie odgrywają w krążeniu ważniejszej roli, w razie jednak utrudnień w krążeniu wątrobnem ulegają z czasem mniejszemu lub większemu rozszerzeniu, zależnie od stopnia niedrożności żyły wrotnej i dopiero wtedy mogą — chociaż w części — odciążyć krążenie wątrobne.

Istnieje kilka takich połączeń, a mianowicie:

Połączenia żylne w ścianie odbytnicy pomiędzy żyłami odbytniczemi górnemi *(v. v. haemorrhoidales superiores)* (do żyły wrotnej), a średniemi i dolnemi *(v. v. haemorrhoidales mediae et inferiores)* (do żyły głównej dolnej).

Połączenia żylne pomiędzy rozgałęzieniami prawej żyły okrężniczej *(v. colica dextra)* w ścianie kiszki grubej (do żyły wrotnej) żyłami lędźwiowemi *(v. v. lumbales)* do żyły głównej dolnej względnie górnej za pośrednictwem żyły lędźwiowej wstępującej *(v. lumbalis ascendens)* i żyły nieparzystej *(v. azygos).*

Połączenia pomiędzy żyłą wrotną, a żyłami okołopępkowemi *(v. v. parumbilicales)* i przez nie z *v. v. epigastricae superiores* do żyły głównej górnej, tudzież z *v. v. epigastricae inferiores* do żyły głównej dolnej, za pośrednictwem zachowanej częściowo z okresu zarodkowego żyły pępkowej. To połączenie rozwinąć się może oczywiście tylko w takich przypadkach, w których żyła pępkowa niezupełnie uległa zanikowi, lecz zachowała swą drożność w obrębie więzadła obłego wątroby *(lg. teres hepatis).* O ile światło jej dostatecznie się rozszerzy, wówczas skutkiem dopływu większej ilości krwi muszą ulec rozszerzeniu także uchodzące do niej żyły okołopępkowe, tworząc charakterystyczny obraz na powierzchni brzucha, zwany „głową Meduzy". W niektórych rzadkich przypadkach zastoju w żyle wrotnej, opisanych przez Baumgartena, żyły okołopępkowe ulegają bardzo znacznemu rozszerzeniu, przekraczającemu grubość palca.

Oprócz tego istnieją jeszcze połączenia w ścianie wpustu i dolnej części przełyku pomiędzy rozgałęzieniami ż. wieńcowych żołądka *(v. coronariae ventriculi)* (do żyły wrotnej) a rozgałęzieniami żył przełykowych (do żyły głównej górnej przez ż. nieparzystą) oraz połączenia pomiędzy rozgałęzieniami żylnemi na powierzchni wątroby pod przeponą (do żyły wrotnej), a rozgałęzieniami żył przeponowych *(v. v. diaphragmaticae)*, do żyły głównej dolnej.

Z tych wszystkich dróg odpływowych dla krwi zalegającej w dopływach żyły wrotnej, mają przedewszystkiem znaczenie połączenia żylne w ścianie odbytnicy przez ż. odbytnicze *(v. v. haemorrhoidales)*, oraz połączenie z ż. przypępkowemi *(v. v. parumbilicales)* w przypadkach niezupełnego zaniku ż. pępkowej *(v. umbilicalis).*

W zakresie symptomatologji pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej i wrotnej wysuwa się na pierwszy plan guz śledziony. W tych okresach, w których chory zwraca się do lekarza, guz bywa zazwyczaj już dużych rozmiarów, twardy i niebolesny. Przypomina on wtedy guz śledziony, jak np. przy białaczce. W wyjątkowych tylko przypadkach powiodło się niektórym autorom spostrzegać rozwój guza. Stwierdzono wtedy, że w przeciągu stosunkowo krótkiego czasu, bo kilku tygodni, śledziona z tworu ledwie wyczuwalnego może powiększyć się do znacznych rozmiarów. Ten szybki rozwój guza śledziony, przy braku bolesności miejscowej, naprowadza myśl na pierwotny zakrzep żyły śledzionowej jako na przyczynę tego objawu. Również pierwotny zakrzep żyły wrotnej w przypadkach niezupełnego zamknięcia jej światła, może dać — jako jedyny objaw — duży guz śledziony, jak to widzimy w jednym z opisanych przez nas przypadków. Guz śledziony, nawet dużych rozmiarów, nie sprawia często choremu większych dolegliwości. Chory zazwyczaj poza nieokreślonem bliżej uczuciem gniecenia w lewej połowie brzucha, żadnych wyraźnych stałych dolegliwości nie doznaje. W niektórych jednak rzadkich przypadkach może dojść do silnych bólów w okolicy śledziony; tak np. Umber opisuje przypadek pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej, w którym silne napady kolki śledzionowej wystąpiły wskutek znacznego, w krótkim przeciągu czasu wzmagającego się utrudnienia odpływu krwi ze śledziony i połączonego z tem silnego napięcia jej torebki surowiczej. Również przyczyną silnych bólów może być zamknięcie światła żył krezkowych, jeżeli nastąpi w przeciągu krótkiego czasu. O ile zamknięciu ulegnie żyła krezkowa górna, bóle usa-

dawiają się w prawem podżebrzu i w okolicy pępka; w przypadku zamknięcia żyły krezkowej dolnej, występują w okolicy lewego talerza biodrowego. Bólom takim towarzyszą zazwyczaj biegunki śluzowe lub śluzowo-krwawe. W przeciwieństwie do śledziony wątroba w przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej bywa zupełnie niezmienioną albo okazuje nawet nieduży stopień pomniejszenia wskutek zaniku. (U m b e r).

Żółtaczka w niepowikłanych przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej z reguły nie występuje.

Obok guza śledziony stwierdza się czasem wolny płyn w jamie otrzewnej, co według E p p i n g e r a ma ułatwiać właściwe rozpoznanie. Objaw ten przemawia za objęciem przez zakrzep ujścia żyły krezkowej głównej, względnie pnia żyły wrotnej. Często jednak, nawet w tym drugim przypadku, w razie niecałkowitego zamknięcia światła tej żyły, płynu wolnego w jamie brzusznej nie stwierdza się wcale albo tylko w nieznacznej ilości. Dlatego też nie zawsze można określić dokładnie siedzibę zakrzepu t. j. czy leży on w żyle śledzionowej, czy też przechodzi także na żyłę wrotną. Występowanie puchliny brzusznej, która ma wskazywać, że zakrzep, rozwijając się z prądem krwi wzdłuż naczynia objął główny pień żyły wrotnej, jest bowiem objawem niestałym, zależnym od całkowitego względnie częściowego jej zamknięcia przez zakrzep.

Dalszy ważny objaw pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej stanowią krwawienia z przewodu pokarmowego. Występują one nieregularnie i w różnym stopniu, czasem jako wymioty krwawe, czasem znów w postaci stolców smołowych. W przypadkach ciężkich, jak np. w jednym z naszych przypadków (przypadek 2), krwawienia bywają tak gwałtowne i częste, że szybko wiodą do zgonu chorego. Takim gwałtownym krwawieniom towarzyszy często ważny objaw, jeżeli chodzi o rozpoznanie różniczkowe, mianowicie szybkie zmniejszanie się śledziony po krwotoku. Tego zjawiska nie można wytłumaczyć w inny sposób, jak tylko przez nagły odpływ zalegającej w śledzionie krwi, w postaci krwotoków do przewodu pokarmowego, co umożliwia skurczenie się śledziony i czasami znaczne zmniejszenie jej objętości. W innych przypadkach krwawienia bywają częstsze, ale słabe, albo nawet niewidoczne tak, że wykrywa je dopiero próba krwi utajonej w stolcu. Do rzadszych rodzajów krwawień przy zakrzepach żyły śledzionowej należą krwawienia z nosa. Występują one zwykle w początkach choroby, niekiedy w okresach późniejszych. Ciekawym anatomicznie objawem w większości przypadków badanych sekcyjnie jest brak miejsca pęknięcia ściany naczynia, którego przy sekcji nie można odnaleść nawet pomimo szczegółowych poszukiwań. Dotyczy to nawet takich przypadków, w których gwałtowne krwawienie z przewodu pokarmowego było bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Z podobnym objawem spotkaliśmy się przy sekcji jednego z naszych przypadków, (przypadek 2), w którym błona śluzowa żołądka i jelita nie okazywała najdrobniejszego uszkodzenia. E w a l d przypuszcza, że w tych przypadkach powstaje krwawienie na drodze masowego przenikania krwi przez pozornie nieuszkodzone ściany naczynia.

Objawem ściśle związanym z krwawieniami jest niedokrwistość. Jako następstwo krwawień, w przypadkach zakrzepów żyły śledzionowej, nosi ona cechy niedokrwistości następowej. W przypadkach częstych, a niezbyt nasilonych krwawień, niedokrwistość może posunąć się do takiego stopnia, jaki spotykamy w ciężkich przypadkach niedokrwistości złośliwej. (C a u c h o i s). Objawem cechującym niedokrwistość w przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej jest brak wyraźnych oznak regeneracji. E p p i n g e r przypuszcza, że przyczyną niedokrwistości obok krwawień bywa także i powiększenie śledziony; przytem jednak autor ten nie podaje wcale, na czem miałby polegać mechanizm takiego wpływu śledziony. Do powstawania niedokrwistości w tych przypadkach, mogłoby się — naszem zdaniem — przyczynić nadto wzmożone niszczenie krwinek czerwonych w obrębie śledziony z powodu zalegania w niej dużej ilości krwi i przez dłuższy czas, niż to bywa w warunkach fizjologicznych. W obrazie krwinek białych poza leukopenją z limfocytozą względną i monocytozą oraz ewentualnem nieznacznem przesunięciem stosunku odsetkowego w lewo, brak zazwyczaj charakterystycznych cech. W niektórych przypadkach wreszcie stwierdza się wyraźne zmniejszenie ilości płytek krwi.

Opisane trzy objawy t. j. guz śledziony, krwawienia z przewodu pokarmowego i niedokrwistość z leukopenją i limfocytozą względną są zasadnicze i najbardziej cechujące pierwotny zakrzep żyły śledzionowej. Prócz tych objawów występują w niektórych przypadkach objawy mniej stałe, jak gorączka, cukromocz i urobilinurja.

Gorączka pojawia się zwykle w początkach choroby, a więc w okresie tworzenia się zakrzepu i miewa charakter przerywany. Często więc w wywiadach chorzy podają, że przechodzili zimnicę.

Jako objaw zastoju krwi w licznych rozgałęzieniach naczyń żylnych i w śledzionie, zwłaszcza w przypadkach zakrzepów żyły wrotnej, stwierdza się często urobilinurję. Objaw ten nie jest stały i zaznacza się najsilniej w okresie narastania zakrzepu i wzmagania się zastoju krwi.

Wreszcie w wyjątkowych przypadkach występuje cukromocz. Tło cukromoczu w tych wypadkach wyjaśniają dwa przypadki E p p i n g e r a, z których w jednym obraz histologiczny trzustki okazywał daleko posunięty przerost łączno-tkankowy i zanik miąższu zarówno wewnątrz-wydzielniczego jak i wysepek Langerhansa. Zmiany te były następstwem długotrwałego zastoju krwi w trzustce i odpowiadały takim samym zmianom w śledzionie; wątroba w opisanym przypadku żadnych zmian nie okazywała. Zaznaczyć tu należy, że cukromocz, towarzyszący zakrzepowi żyły śledzionowej, nie zawsze musi być następstwem zmian wtórnych w trzustce, wywołanych przez pierwotny zakrzep tej żyły, lecz przeciwnie może on niekiedy być wyrazem zmian pierwotnych w trzustce *(pancreatitis chronica)* wiodących do powstawania zakrzepu żyły śledzionowej, tem samem wtórnego.

R o k o w a n i e w zakrzepie żyły śledzionowej zależy od tła sprawy chorobowej i od miejsca usadowienia się zakrzepu w obrębie samego pnia żyły śledzionowej. W przypadkach zakrzepów wtórnych, w których przyczyną jest ucisk ze strony nowotworu, lub sprawy zapalne, przechodzące z sąsiedztwa na pień żyły śledzionowej, zwłaszcza jeżeli usuwają się one z pod wpływu naszego leczenia, rokowanie jest niepomyślne, a przebieg zazwyczaj ostry. W przypadkach zakrzepów pierwotnych, powstałych na tle schorzeń ogólnych, np. na tle kiły, rokowanie zależy od stopnia zmian anatomicznych ścian naczyń i od rozmiarów ich żylakowatych rozszerzeń, a to pozostaje w związku ze stopniem, w jakim krążenie oboczne jest zdolne odciążyć przepełnione krwią koryto żylne krążenia wątrobnego. Również miejsce usadowienia się zakrzepu, jak już wyżej wspomnieliśmy, odgrywa w rokowaniu ważną rolę. W przypadkach zakrzepu żyły wrotnej, gdzie zastój obejmuje większą liczbę rozgałęzień żylnych, rokowanie co do życia chorego jest oczywiście zupełnie niekorzystne, zwłaszcza jeżeli krążenie oboczne nie ma warunków do całkowicie wyrównawczego rozwoju. Natomiast zakrzepy żyły śledzionowej szczególnie w pobliżu samej śledziony pozwalają, choć nie zawsze, na rokowanie pomyślniejsze, oczywiście w razie wczesnego poddania tej sprawy chorobowej odpowiedniemu leczeniu.

Przebieg kliniczny pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej bywa zwykle bardzo przewlekły, od kilku do kilkunastu lat, a czasem i dłużej, przyczem choroba postępuje nierównomiernie, lecz jakby skokami, co łatwo wytłumaczyć tem, że przy zakrzepach żyły śledzionowej odgrywają rolę dwa procesy, mianowicie narastanie zakrzepu i jego organizacja z ewentualnym wtórnym powrotem drożności żyły.

Przechodząc do r o z p o z n a n i a r ó ż n i c z k o w e g o, musimy uwzględnić następujące stany chorobowe: choroba B a n t i e g o, marskość zanikowa wątroby L a e n n e c'a, marskość przerostowa wątroby H a n o t'a, kiła wątrobno-śledzionowa, choroba G a u c h e r a, białaczka szpikowa aleukemiczna względnie subleukemiczna, zimnica, ziarnica złośliwa, żółtaczka hemolityczna, gruźlica śledziony, pierwotny nowotwór śledziony, ropień śledziony, *osteosclerosis,* niedokrwistość złośliwa, skrobiawica, guzy śledziony na tle chorób zakaźnych egzotycznych. Ze spraw tych musimy wziąć na uwagę przedewszystkiem chorobę B a n t i e g o, marskość zanikową wątroby i kiłę wątrobno-śledzionową. Co do zespołu objawów chorobowych B a n t i e g o, to duży guz śledziony, niedokrwistość wtórna i młody wiek chorego mogą w przypadkach zakrzepu żyły śledzionowej tworzyć zespół przypominający w dużej mierze wymienioną sprawę chorobową w pierwszym jej okresie. Jednakże w przypadkach zakrzepów żyły śledzionowej wątroba jest albo niezmieniona albo raczej pomniejszona, a obok tego występują już wcześnie krwawienia z przewodu pokarmowego; natomiast w pierwszym okresie zespołu B a n t i e g o wątroba bywa już raczej powiększona, krwawienia nie występują, a niedokrwistość nie zależy od krwawień w przeciwieństwie do niedokrwistości w przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej. Ważnym momentem rozpoznawczym jest badanie przemiany białkowej, która w zespole B a n t i e g o bywa wzmożoną wskutek rozpadu białka pod wpływem jadów, pochodzących ze śledziony; w przeciwieństwie do tego przy zakrzepie żyły śledzionowej przemiana białkowa jest zupełnie prawidłowa, wyjąwszy przypadki powikłane puchliną brzuszną, która wprowadza zaburzenie w procesy przemiany białkowej w ustroju i uniemożliwia przez to orjentację. Odnośnie do końcowego okresu choroby B a n t i e g o, w którym występują marskość wątroby i krwawienia z przewodu pokarmowego, to tu ze względu na obecność wolnego płynu w jamie brzusznej wchodzić mogą w ra-

chubę tylko te przypadki zakrzepów żyły śledzionowej, w których zakrzep przez narastanie wniknął również i do światła żyły wrotnej. W przypadkach tych brak żółtaczki jest najważniejszym szczegółem, pozwalającym wykluczyć chorobę Bantiego.

Co do obrazu krwi, to nie jest on charakterystyczny, gdyż w obu omówionych powyżej sprawach występuje leukopenja ze względną limfocytozą i monocytozą. Oczywiście, że wszystkie przytoczone tu powyżej czynniki rozpoznawczo-różniczkowe nie mają bezwzględnie decydującego znaczenia. Dość znaczne trudności rozpoznawcze może nasuwać w niektórych przypadkach marskość zanikowa wątroby, w której przebiegu występuje powiększenie śledziony i krwawienia z przewodu pokarmowego. Przy odróżnianiu tej sprawy od pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej mogą być pomocne wywiady, które w przypadkach marskości wątroby cechuje czasem przewlekły alkoholizm, a w przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej ogólna sprawa zakaźna, jak np. kiła; także gorączki o typie zbliżonym do zimnicy, tudzież uraz, zwrócić mogą uwagę w kierunku pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej. Z danych przedmiotowych zaś wybitne zmniejszenie się wątroby, jak również niekiedy silniej lub słabiej zaznaczona żółtaczka, tudzież krążenie oboczne okołopępkowe skierują naszą myśl w kierunku marskości wątroby, natomiast obfite krwawienia z przewodu pokarmowego przy braku wolnego płynu w jamie brzusznej i przy braku innych objawów zastoju w całem krążeniu wrotnem, każą nam myśleć raczej o pierwotnym zakrzepie żyły śledzionowej. Większe trudności rozpoznawczo-różniczkowe w odniesieniu do omawianej jednostki chorobowej sprawiają te przypadki pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej, w których zakrzep przez narastanie wniknął do światła żyły wrotnej. W tych przypadkach jednak ważne są wywiady i przebieg kliniczny, albowiem objawy zastoju w całem krążeniu wrotnem w przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej występują w stosunkowo krótkim czasie i stanowią jeden z końcowych już objawów, gdy natomiast w marskości wątroby widzimy je już w okresach znacznie wcześniejszych, przy względnie dobrym ogólnym stanie chorego. Obraz krwi, podobnie jak w odniesieniu do choroby Bantiego, nie ma i tutaj, naszem zdaniem, większego znaczenia rozpoznawczego. Ważnem jest rozpoznanie różniczkowe pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej w stosunku do kiły wątrobno-śledzionowej. Jak wspomnieliśmy na wstępie, sprawa ta może wieść do powstawania zakrzepów w żyle śledzionowej, w tym przypadku wtórnych. Chodzi więc o odróżnienie tej sprawy od pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej, co ze względu na leczenie, ma niezmiernie doniosłe znaczenie. W przypadkach, w których kiła obok guza śledziony doprowadza do wyraźnych, klinicznie dających się stwierdzić, zmian w innych narządach, rozpoznanie nie będzie przedstawiać żadnych trudności. Jeżeli jednak jedynym objawem klinicznym będzie guz śledziony, obok krwawień z przewodu pokarmowego, które w tych wypadkach są następstwem wtórnych zakrzepów żyły śledzionowej, to rozpoznanie stanie się znacznie trudniejszem; należy jednak zaznaczyć, że kiłowy guz śledziony nie dochodzi w tych przypadkach do tak dużych rozmiarów, jak przy pierwotnym zakrzepie żyły śledzionowej; w późniejszych okresach pierwotny kiłowy guz śledziony może przypominać w pewnej mierze zespół Bantiego, który — jak to już wyżej zaznaczyliśmy — nasuwa często duże trudności rozpoznawczo-różniczkowe w stosunku do pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej. Jednakże występujące zazwyczaj w tych okresach objawy schorzenia kiłowego innych narządów pozwalają odróżnić ten zespół od pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej; również wyniki leczenia swoistego mogą stanowić podstawę do rozpoznania różniczkowego, albowiem pierwotne kiłowe guzy śledziony oddziaływują na leczenie swoiste zazwyczaj bardzo korzystnie w postaci zmniejszenia się i dzięki temu rokowanie ich nawet w okresach późniejszych jest stosunkowo korzystne, natomiast w przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej leczenie swoiste jest zupełnie bezsilne odnośnie do rozmiarów guza śledziony. Co się tyczy wszystkich innych wyliczonych poprzednio spraw chorobowych, to jakkolwiek mogą one sprawiać niejednokrotnie bardzo duże trudności rozpoznawcze, to jednakże przy użyciu całokształtu nowoczesnych badań klinicznych, łącznie z nakłuciem szpiku kostnego mostka i z nakłuciem śledziony, można je w każdym poszczególnym wypadku wykluczyć.

C. d. n.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

H. DŁUGOSZ. Lwów.

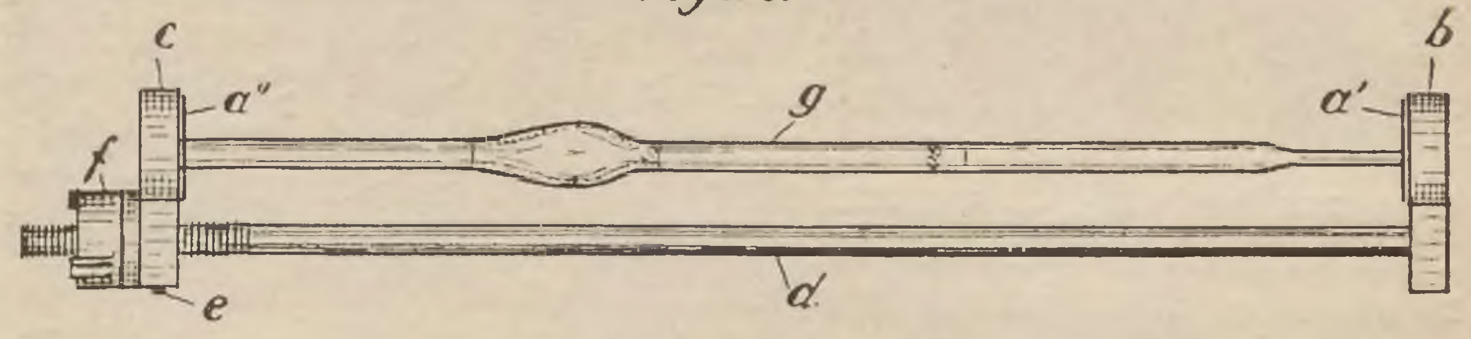
Proste urządzenie do przenoszenia napełnionych mieszalników.

Z II. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Kto pobierał krew do badania cytologicznego zdala od pracowni, ten zawsze myślał nad sposobem przeniesienia napełnionych mieszalników, gdyż prymitywne sposoby bardzo często zawodziły. W 43 numerze *Wiener Klinische Wochenschrift* z 1930 r. ogłosiła Dr. Anna Pölzl urządzenie, służące do przenoszenia napełnionych mieszalników, wyrabiane przez Reicherta z Wiednia, bardzo reklamowane obecnie przez lwowskie firmy. Ponieważ cena tego aparatu wynosi przeszło 100 zł, postanowiłem podać do wiadomości bardzo proste i tanie urządzenie własnej konstrukcji, używane przeze mnie.

Zasada przyrządu polega na szczelnem zamknięciu obydwu wylotów mieszalnika. Jak widać na załączonej rycinie, dzieje się

Ryc. 1.



to przy pomocy małych krążków gumowych (a', a"), z których jeden (a') przytwierdzony jest do płytki metalowej (b) stale złączonej z prętem (d), a drugi (a") do płytki ruchomej (c) po pręcie na wodzidełku (e). Płytkę ruchomą można ustalać zapomocą śruby (f), nakręconej na pręt, w dowolnych odstępach od płytki stałej, zależnie od różnej długości mieszalników (g).

Sposób używania przyrządu jest następujący: trzymając przyrząd poziomo, przytyka się jeden koniec mieszalnika do krążka gumowego na płytce stałej (b) i dosunąwszy do drugiego końca mieszalnika płytkę ruchomą (c) z krążkiem gumowym, przykręca się śrubę (f), aż mieszalnik będzie dobrze utwierdzony między oboma krążkami gumowemi. Napełniony mieszalnik, w ten sposób utwierdzony, można obracać razem z przyrządem w dowolnych kierunkach, nie narażając się na wylanie płynu z mieszalnika, ani na większą zmianę stężenia z powodu opadania ciałek krwi. W czasie przenoszenia mieszalnik musi być ułożony poziomo. Urządzenie jest zupełnie pewne, bardzo proste i trwałe. Możliwy do zniszczenia krążek gumowy można łatwo wymienić.

Urządzenie powyższe dostosowane jest do przenoszenia jednego mieszalnika. Można je łatwo przerobić do przenoszenia dwóch mieszalników przez umieszczenie dwóch krążków gumowych na płytce stałej i założenie dwóch płytek różnej długości, ruchomych na jednym pręcie. Pojedyńcze urządzenie wydaje mi się dogodniejsze.

Przyrząd mojej konstrukcji nie ustępuje wspomnianemu aparatowi zagranicznemu a prostotą i taniością znacznie go przewyższa [1]).

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Norbert FELLER. Szkło.

Spostrzeżenia poczynione w lecznicy zdrojowej (mineralno-siarczanej) Kasy Chorych m. Lwowa w Szkle w latach od 1927—1931.

Na wstępie należy podkreślić, że Szkło jest najstarszem polskiem zdrojowiskiem, o czem świadczy fakt, że pierwsza praca naukowa o niem, którą napisał Wojciech Oczko (1537—1599), ukazała się w Krakowie w roku 1578. Wojciech Oczko był nadwornym medykiem króla Stefana Batorego, możnego protektora

[1]) Urządzenie do przenoszenia jednego mieszalnika kosztuje 12 zł. Komplet w specjalnem pudełeczku, złożony z 2 urządzeń do przenoszenia napełnionych mieszalników, 2 mieszalników (do ciałek białych i czerw.), igły Francka, węża gumowego z ustnikiem, 3 flaszeczek na: eter, płyn do ciałek białych i czerwonych i 4 szkiełek podstawowych kosztuje 52 zł.

Nabyć można we firmie: Trepczyński, Lwów, ul. Dominikańska 9.

zdrojowiska w Szkle. Na polecenie króla Oczko badał źródła szkielskie, które w swej pracy nazywa „wodami jaworowskiemi". W dziele swym p. t.: „O cieplicach" podaje on dokładne wskazania do leczenia zdrojowego w Szkle. Oczko wsławił się drugą pracą p. t.: „O przymiocie", która zasługuje na uwagę ze względu na trafne ujęcie tej choroby. Oczko jest też ojcem polskich syfilidologów.

Drugą zkolei większą rozprawę o Szkle napisał znany lekarz i rajca miejski we Lwowie Erazm Syxt (od którego nazwiska po dziś dzień nosi swe miano ulica Sykstuska). Dzieło Syxta nosi tytuł: „O cieplicach" i składa się z trzech tomów, z których tom III, poświęcony jest specjalnie źródłom szkielskim. W swej pracy podaje Syxt dokładne wskazania i sposób zachowania się w zdroju. Jako główne wskazania do leczenia w Szkle uważał Syxt przymiot, reumatyzm, czyli kołtun, i choroby nerkowe.

Do największego rozwoju doszło zdrojowisko w Szkle za czasów króla Jana III. Sobieskiego, który zwykł był wraz ze swą żoną Marysienką, dworem i posłami zagranicznymi, przy dworze akredytowanymi, zjeżdżać do Szkła i pobierać tam leczenie. Z owych czasów dochowały się w piśmiennictwie krótkie i dłuższe wzmianki lekarzy zagranicznych, jak np. Ulryka Verdun, (w Dzienniku podróży po Polsce), tudzież wzmianki lekarzy dworskich króla Sobieskiego, jak Bernarda Connora, Francuza Conrada i lekarza paryskiego du Puis. Szkło doszło w tych czasach do zenitu swojej świetności i rozwoju i było wówczas najbardziej znanem zdrojowiskiem polskiem. We wieku XVIII i XIX Szkło podupada i staje się małą zapomnianą wioską z wieloma historycznemi pamiątkami swej dawnej wielkości i świetności. Dopiero około 1880 roku rząd austrjacki stworzył na terenie obecnie powstającego zdroju państwowego lecznicę dla swych żołnierzy, którą prowadzili lekarze wojskowi. Najlepiej była lecznica ta prowadzona już po powstaniu państwa polskiego przez docenta dr. Węgierkę, obecnego asystenta prof. Głuzińskiego w Warszawie. Wgląd do historji choroby prowadzonych przez doc. Węgierkę upewnia nas o znakomitych wynikach leczniczych, osiąganych w zdroju na materjale chorych wojskowych.

Nie wątpię, że obecnie zbliża się znowu era rozkwitu i wspaniałego rozwoju zdrojowiska w Szkle, które posiada wszelkie warunki, aby zdobyć sobie poczesne miejsce wśród zdrojów polskich. Szkło leży w odległości 40 km od Lwowa na szlaku Lwów—Jaworów. Szosa, łącząca Lwów ze Szkłem, jest jedną z najlepszych szos polskich, o czem świadczy fakt, że na tej drodze bywają często urządzane imprezy sportowe (wyścigi i raidy automobilowe i motocyklowe).

Szkło posiada również stację kolejową (Starzyska—Szkło), która oddalona jest od zakładu zdrojowego o niespełna 2 km. Między Lwowem a Szkłem kursują dwa pociągi dziennie, które mają połączenie ze wszystkiemi ważniejszemi pociągami małopolskiemi i innemi. Niewątpliwie połączenie kolejowe zostanie obecnie znacznie rozszerzone po uruchomieniu zdroju państwowego. Miejscowość sama leży około 300 m nad poziomem morza i jest zewsząd otoczona pięknemi lasami. Należy podnieść, że zdrój państwowy jest szczególnie pięknie położony wśród wysokopiennego lasu szpilkowego, na terenie suchym, piaszczystym. Bogactwem lasu i stosunkowo suchym terenem góruje Szkło nad innemi zdrojami siarczanemi, które przeważnie są wilgotne i moczarzyste.

Na terenie Szkła znajdują się obecnie trzy zdroje. Największym jest zdrój państwowy, który odznacza się prócz pięknego położenia bardzo wydajnem źródłem, które zalicza się do najwydajniejszych w Europie. Swoim chemicznym składem są to wody siarczano-wapienne, bardzo zbliżone do wód niemirowskich. Należy podnieść, że Szkło jest nieco ubogie w borowinę, co niewątpliwie przyczynia się do suchości miejscowości. Drugi zdrój jest w rękach prywatnych, jednakowoż obecnie zdrój ten jest nieczynny. Wkońcu trzecie zkolei źródło jest w posiadaniu Kasy chorych miasta Lwowa. Przy źródle tem znajduje się lecznica, którą mam zaszczyt prowadzić od lat 5-ciu. Leczniczy ten zakład powstał ze skromnych początków. Jego historja datuje się od roku 1910. W owym to czasie zakupiła ówczesna Kasa Chorych cechowa murarzy kawał gruntu, niespełna 2 morgi, oraz dwa budynki mieszkalne z przeznaczeniem dla ozdrowieńców i potrzebujących wypoczynku swoich członków. W roku 1912 przy sposobności kopania studni dla zdobycia wody użytkowej dokopano się wody siarczanej. W latach wojny światowej zdrój kasowy nieco podupada. Właściwy rozwój zdroju tego datuje się od roku 1919, w którym to czasie nastąpiło połączenie Kas, a Kasa cechowa murarzy wniosła jako „wiano" swój zdrój w Szkle. Ponieważ budynki, które znajdowały się na terenie Kasy murarzy, nie wystarczyły do pomieszczenia coraz większych zastępów chorych, lwowska Kasa chorych wybudowała w roku 1924 budynek piętrowy na pomieszczenie około 60 chorych. Do roku 1927 Zakład kasowy był prowadzony przez lekarzy, którzy zmieniali się co sezonu względnie nawet w czasie sezonu. Od roku 1927 zakład znajduje się pod mojem kierownictwem lekarskiem i administracyjnem. Zakład czynny jest w miesiącach letnich zwyczajnie od maja do września. Lecznica mieści 30 pokoi mieszkalnych przeważnie na dwie i trzy osoby, większych pokoi jest niewiele. Głównym ośrodkiem leczniczym są łazienki wyposażone w 12 wanien.

Analiza chemiczna wód dwu źródeł Kasowych wykonana w zakładzie chemji Uniw. J. K. we Lwowie przez prof. dr. J. K. Parnasa według zasad podanych przez Grunehuta wykazuje w jednym litrze wody następujące związki chemiczne:

		Woda I.	Woda II.
Katjonów	Wapnia (Ca)	0.5271 g	0.5530 g
	Magnezu (Mg)	0.0066 „	0.0074 „
	Glinu (Al)	0.0026 „	0.0033 „
	Żelazawych (Fe)	0.0012 „	0.0028 „
	Sodu (Na)	0.0329 „	0.0329 „
	Potasu (K)	0.0097 „	0.0095 „
	Amonu (NH_3)	0.0004 „	0.0004 „
	Strontu (Sr)	0.0063 „	0.0065 „
Anjonów	Siarczanowego (SO_4)	1.1701 „	1.2352 „
	Chlorowego (Cl)	0.0017 „	0.0017 „
	Tiosiarkowego (S_2O_2)	0.0000 „	0.0000 „
	Dwuwęglanowego (HCO_3)	0.2445 „	0.2444 „
	Siarczkowego siarkowodoru związanego (HS)	0.0064 „	0.0059 „
Siarkowodoru wolnego (SH)		0.0015 „	0.0069 „
Siarkowodoru całkowitego		0.0079 „	0.0128 „
Bezwodnika węglowego (CO_2)		0.0110 „	0.0485 „
Bezwodnika kwasu krzemowego (SiO_2)		0.0165 „	0.0220 „

Na podstawie podanych rozbiorów stwierdzamy przedewszystkiem, że skład wód ze studni I i II jest bardzo podobny. Woda II jest w chwili pobrania prób nieco bardziej stężona — być może, że wskutek energicznego pompowania ze studni I. Woda II zawiera wyraźnie więcej siarkowodoru oraz żelaza aniżeli woda I.

Pod względem chemicznym wody badane są bardzo podobne do wód siarko-gipsowych tak licznych na północnym zachodzie, południu i zachodzie od Lwowa (Trościaniec, Horyniec, Niemirów, Lubień, Rozdół).

Najbliższe składem do wód ze Szkła są (według rozbioru Radziszewskiego i Klinga z r. 1909) wody z Niemirowa. Szczególnie zwraca uwagę w składzie wód ze Szkła niezmiernie mała zawartość chlorków.

Można powiedzieć, że woda ze Szkła jest niemal czystą wodą gipsowo-dwuwęglanową z zawartością siarkowodoru i siarczków, która ją kwalifikuje, według np. Konwencji Neuheimskiej z r. 1911, jako wodę mineralną(zawartość powyżej 0.001 g siarki siarkowodorowej w 1 kg).

W porównaniu z wodą „Źródła rządowego" w Szkle woda II źródła Kasy Chorych jest, ze względu na zawartość siarkowodoru, przeszło dwa razy „słabsza", woda I przeszło 3 razy słabsza, woda „źródła rządowego" zawiera 22. IV. 1929: 26,2 mg siarkowodoru w 1 l.

Jak z powyższej analizy widać, rozporządza zdrój Kasy chorych dwoma źródłami, składem bardzo do siebie podobnemi.

W innym budynku mieści się mały „zander" i pokój do masaży i innych zabiegów leczniczych. Ze względu na brak borowiny posługiwaliśmy się w Zakładzie okładami mułu burkuckiego i okładem „Radiumchema". W tem miejscu pragnę podkreślić, że zarówno okłady burkuckie jak i „Radiumchema" okazały się bardzo dobrym środkiem pomocniczym przy leczeniu naszych chorych.

Zkolei przejdę do omówienia frekwencji w pojedyńczych latach i grup chorobowych.

W roku	1927	leczyło się	467 chorych
„ „	1928	„ „	571 „
„ „	1929	„ „	401 „
„ „	1930	„ „	288 „
„ „	1931	„ „	307 „
		Ogółem	2.034 chorych

Pierwszą największą grupę chorych stanowi gościec wielostawowy wtórny, których ogółem leczyło się w Zakładzie 987, (około 47% wszystkich przypadków). Są to przypadki przewlekłe, które biorą swój początek od ostrego gośćca stawowego. Wśród tych przypadków należy odróżnić dwie grupy: a) przypadki, które po uspokojeniu się ostrej sprawy zostają wysyłane do leczenia zdrojowego, b) przypadki, które przeszły w stan przewlekły i bywają kierowane do zdrojowiska przez szereg lat zrzędu. Najwdzięczniejszym materjałem są właśnie chorzy po przebyciu ostrej sprawy, którzy w bardzo znacznym odsetku wyjeżdżają ze zdrojowiska prawie zupełnie wyleczeni. Przy tej sposobności należy podkreślić, że przypadki, u których sprawa niezupełnie jeszcze się uspokoiła, z obrzękami stawowemi, z znaczniejszem przyśpieszeniem opadania krwinek nie nadają się do leczenia zdrojowego; miałem sposobność obserwować pogorszenie sprawy u tych chorych, objawiające się odczynem ogniskowym, podwyższeniem ciepłoty i ogólnem złem samopoczuciem. Chorych takich musiałem nawet wykluczyć od leczenia zdrojowego i odesłać do miejsc ich zamieszkania. W grupie drugiej chorzy wyjeżdżają również ze znaczną poprawą, czego najlepszym sprawdzianem w praktyce kasowej jest osiągnięcie zdolności do pracy. Około 10% chorych powyżej wymienionych nie oddziaływa dobrze na leczenie kąpielami siarczanemi i kwalifikuje się raczej do leczenia w zdrojach solankowych względnie solankowo-jodowych, albo też w zdrojach zawierających rad.

Następną większą grupę chorych leczonych w Zakładzie kasowym stanowi dna. Ogółem spostrzegałem takich chorych w Szkle 86 (około 4%). Do tej grupy zaliczyłem tylko takich chorych, u których zapomocą metod laboratoryjnych stwierdzono zwiększoną ilość kwasu moczowego we krwi *(hyperuricaemia)*. Przy badaniu tych chorych stwierdzaliśmy charakterystyczne guzki *(tophi)* i charakterystyczne zmiany stawowe, anamnestycznie zaś stwierdzaliśmy ostre ataki. Chorzy ci prawie w 100% dobrze się poprawiali w Szkle, przedewszystkiem tracili bóle, a zmiany stawowe znacznie się cofały. U chorych takich stosowaliśmy leczenie kombinowane, t. zn prócz leczenia kąpielowego, leczenie wstrzykiwaniami *(atophanyl)* i leczenie dietetyczne.

Taką samą co do ilości grupy chorych stanowią przypadki gośćca przewlekłego pierwotnego, ogółem 82. Są to chorzy, którzy stanowią *crux* dla leczenia w ogólności. Przez leczenie zdrojowe daje się jednak osiągnąć przynajmniej chwilowe uśmierzenie bólów, a czasem lekkie zahamowanie procesu. U chorych tych jednak leczenie zdrojowe należy powtarzać corocznie, ażeby bodaj na krótki czas zapewnić im poprawę i uspokojenie bólu.

Czwartą większą grupę chorych stanowi gościec zniekształcający. Chorych takich obserwowałem 79. W grupie tej przeważają mężczyźni i zmiany u tych chorych najczęściej stwierdza się w stawie kolanowym, jakkolwiek i inne stawy bywają zajęte. W tych przypadkach daje się bardzo często stwierdzić często powtarzający się uraz zwłaszcza np. u chorych sprzedawców, którzy mają zwyczaj zasuwać szuflady np. kolanem względnie łokciem. Równie i u tych chorych stwierdza się chwilowo znaczną poprawę.

Znaczny odsetek chorych stanowi gościec wielostawowy dokrewny. Ogółem takich chorych spostrzegałem 157. W tej grupie przeważają kobiety w wieku przekwitania, jakkolwiek z drugiej strony spotykałem także kobiety, u których tło dokrewne było wyraźnie zaznaczone np. przez ślad obrzęku śluzakowatego, mniejszą inteligencję i ogólną ociężałość. W przypadkach takich kombinowaliśmy leczenie kąpielowe z podawaniem preparatów substytucyjnych *(Ovaria, thyroeoidea* i t. p.). Najrzadziej stosunkowo stwierdza się tę postać schorzenia u mężczyzn w wieku od 40—50 w okresie *climax viril.* Najwdzięczniejszy materjał do leczenia w zdroju szkielskim stanowią gośćcowe postacie zapaleń nerwów i nerwobólów, a zwłaszcza rwa kulszowa. Obserwowałem też często przypadki *neuralgia plex. brachial., neuralgia trigemini, n. occipitalis, n. intercostal.* i t. d. Nawet najcięższe postacie rwy kulszowej t. zw. *Ischias scoliotica* ulegają bardzo wybitnej poprawie. Żywo mam w pamięci chorego, który leczył się w Zakładzie kasowym przed 3-ma laty w wieku około 40 lat, z zawodu leśniczego. Chory został przywieziony do Zakładu z najcięższą postacią *Ischias scoliotica* i początkowo nie był w stanie chodzić ani swobodnie się poruszać. Po 6-cio tygodniowem leczeniu, przy którem prócz kąpieli stosowano zastrzyki wakcyneuryny, masaże i okłady burkuckie, chory poprawił się do tego stopnia, że na stację kolejową odległą od Zakładu około 2 km udał się pieszo. Przy tej sposobności chciałbym dodać, że normalny okres leczenia trwa w zakładzie kasowym od 3—4 tygodni i tylko wyjątkowo zostaje przedłużony. Ta grupa chorych obejmuje wogóle 357 przypadków.

Spondylitis ancylopoet. oraz *spondylosis* stanowią stosunkowo mały odsetek naszych chorych. Obserwowałem takich chorych ogółem 36. Wśród nich były zarówno postacie Bechtareva jak i Strümpel-Marie. Grupa ta jest również dosyć oporna na wszelkie sposoby leczenia. Również i o tych chorych można powiedzieć, że osiągnąć można było zapomocą leczenia balneologicznego uśmierzenie bólów i uspokojenie procesu na dłuższy czas.

Najwdzięczniejszy materjał do leczenia w Szkle tworzy grupa gośćca mięśniowego, zwłaszcza *lumbago.* Takich chorych mieliśmy 67. Dodać muszę, że do tej grupy zaliczaliśmy tylko takich chorych, u których można było stwierdzić typowe stwardnienia w mięśniach *(myogelosis).* Chorzy ci w blisko 100% zupełnie się wyleczyli w Szkle.

Wkońcu pragnę omówić znaczną grupę chorych, którą zaliczyć należy do grupy schorzeń niegośćcowych. Więcej niż połowę w tej grupie stanowią stany rekonwalescencji, niedokrwistości, choroby skórne, stany pourazowe, sprawy ginekologiczne i t. p. O ozdrowieńcach mówić niema potrzeby, wszyscy oni poprawiali się bardzo dobrze i przybierali niejednokrotnie 4—5 kg na wadze dzięki dobremu odżywieniu i higienicznym warunkom, które mają w Zakładzie. Krótko chciałbym podkreślić, że bardzo dobrze leczą się w Szkle choroby skórne jak: łuszczyca, *purpura reumathica, ekzema.* Miałem możność spostrzegać chorych na łuszczycę z wybitnemi zmianami stawowemi (*artropathia psoriatica*). Również i u tych chorych osiągaliśmy wyniki bardzo dobre zarówno w zmianach skórnych jako też i stawowych.

Zanim zakończę pozwolę sobie zebrać jeszcze raz wszystkie przypadki leczone w Szkle liczbowo i procentowo:

Gościec wielostawowy przewlekły	987	t. j.	około	47%
dna	86	„	„	4%
gościec wielostawowy pierwotny	62	„	„	3%
gościec zniekształcający	79	„	„	4%
gościec dokrewny	157	„	„	8%
spondylartritis ancylopoetica	25	„	„	1%
spondylosis deformans	11	„	„	1/2%
gościec mięśniowy *(lumbago)*	37	„	„	1 1/2%
ischias (wzgl. *neuralgia-neuritis)*	357	„	„	18%
choroby niegośćcowe (reumatoidy)	203	„	„	10%
	2.034			

W ostatniej grupie reumatoidu stanowią dość znaczną ilość przypadków sprawy pourazowe, które bardzo dobrze poprawiają się w Szkle.

Tak więc niech mi wolno będzie stwierdzić, że zdroje siarczane w Szkle są bardzo dzielnym środkiem w walce z chorobami gośćcowemi w najszerszem ujęciu tego słowa. Choroby gośćcowe urosły szczególnie w latach powojennych do rozmiarów klęski społecznej, obok gruźlicy i chorób wenerycznych. Dlatego też należy z radością powitać powstanie nowej placówki walki z tą klęską ludzkości. Zanim zakończę chciałbym krótko jeszcze wspomnieć o przeciwwskazaniach do leczenia w zdroju szkielskim. Najważniejszem przeciwwskazaniem jest jak wyżej wspomniałem niezupełnie uspokojona ostra sprawa. Do leczenia w Szkle nie nadają się sprawy gruźlicze, nie wykluczając formy stawowej Ponceta. Niewyrównane wady sercowe oraz znaczna hipertonja (powyżej 200) nie nadają się również do leczenia w Szkle jak zresztą i w innych zdrojowiskach.

Kończąc swój bardzo pobieżny i niedokładny referat, apeluję do Wielce Szanownych Kolegów, by zechcieli poprzeć ten pod każdym względem na to zasługujący zdrój.

Piśmiennictwo:

1) Dr. Witołd Ziembicki: Przypomnienie starego zdroju i starego o nim dzieła (Szkło i Sykst) Polska Gazeta Lekarska, rocznik 1926. — 2) Prof. Dr. J. K. Parnas: Analiza wód w Szkle.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
Nr. Z. H. 21/XX/1

Warszawa, dnia 17 czerwca 1932 roku.

W sprawie wyrobu bezwodnika kwasu węglowego.

Do Panów Wojewodów Województw Centralnych i Wschodnich.

Doszło do wiadomości Ministerstwa, że na terenie Województwa istnieją wytwórnie, zwłaszcza drobniejsze, które przy fabrykacji wód mineralnych, napojów gazowanych, lemonjad i t. p. nie używają do saturacji tych wyrobów ciekłego bezwodnika kwasu węglowego (CO_2) w butlach stalowych, lecz bezwodnika,

wytwarzanego przez te wytwórnie metodą najprymitywniejszą t. j. drogą działania kwasu siarkowego na magnezyt lub kredę, przytem otrzymany produkt nie jest odpowiednio oczyszczany (przepuszczany przez płóczki), a zawarte w nim wskutek tego domieszki (siarkowodór, dwutlenek siarki i t. p.), przedostając się do produkowanych napojów, mogą działać szkodliwie na zdrowie konsumentów.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zwraca uwagę, że bezwodnik kwasu węglowego w butlach stalowych daje najlepszą gwarancję co do nieszkodliwości jego dla zdrowia, jednak do czasu wydania przepisu o dopuszczalności takiego jedynie bezwodnika do wyrobu wód mineralnych, napojów gazowanych, lemonjad i t. p. należy, w przypadkach wytwarzania do tych celów bezwodnika kwasu węglowego drogą prymitywną, żądać zachowania tych wszystkich warunków, które są zawarte w okólniku Departamentu Medycznego z dnia 21. II. 1892 r. Nr. 1955 oraz w okólniku Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 13. VI. 1909 r. Nr. 602 (rosyjskie ustawodawstwo lekarskie wyd. Freiberga z r. 1913). W szczególności ważne jest należyte oczyszczanie bezwodnika przez przepuszczenie go przez płóczki (co najmniej trzy) z odpowiedniemi roztworami (roztwór siarczanu żelazawego, roztwór węglanu sodowego i czysta woda).

Wobec zbliżającego się okresu zwiększonej konsumcji napojów gazowanych Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o wydanie organom dozoru nad żywnością zarządzenia ścisłego kontrolowania wytwórni tych napojów w kierunku przestrzegania przepisów o czystości bezwodnika kwasu węglowego, używanego do saturacji.

Dr. Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
Nr. Z. F. 47/17/1

Warszawa, dnia 17 czerwca 1932 roku.

Egzaminy dla materjalistów.

Okólnik Nr. 82.

Do Panów Wojewodów w Warszawie, Łodzi, Kielcach, Lublinie, Białymstoku, Brześciu n/B, Łucku, Wilnie i Nowogródku, i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Celem ułatwienia praktykantom drogistowskim, którzy odbyli praktykę, uzyskiwania świadectw zdolności na materjalistę, zarządzam, aby w myśl przepisów §§ 1 i 3 ustawy dla materjalistów z 1884 r. w miejsce powoływanej dotychczas Komisji Egzaminacyjnej w m. st. Warszawie egzaminy dla tych praktykantów odbywały się we właściwych Urzędach Wojewódzkich.

Egzaminy przeprowadzać będą inspektorzy farmaceutyczni w zakresie, ustalonym przepisami art. 3 wyżej wymienionej ustawy z 1844 roku.

Wobec tego, że przewidziana przepisami tej ustawy i uprawniona do wydawania świadectw zdolności na materjalistę „Rada Lekarska" nie istnieje, upoważniam Pana Wojewodę do wydawania tych świadectw.

Jednocześnie zaznaczam, że do egzaminu mogą być dopuszczeni tylko ci praktykanci, którzy wykażą się świadectwami z praktyki, odbytej w myśl przepisów rozporządzenia z dnia 8 października 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 87, poz. 641) i okólnika Nr. 14 z dnia 15 stycznia 1929 r. Nr. Z. F. 3592/28 (Zb. Zarządzeń str. 290, poz. 3).

Bronisław Pieracki, Minister.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej
Nr. Z. H. 66/1/2/1

Warszawa, dnia 12 lipca 1932 r.

Gruźlica wśród poborowych.

Do Panów Wojewodów.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia) przypomina, że zgodnie z pismem okólnem z dnia 9. IV. 1931, Nr. Wojsk. 539/2 i z dn. 17. III. 1932, Nr. Wojsk. t. 7/2/1, lekarze powiatowi (zastępcy ich) powinni notować przypadki gruźlicy i podejrzanych o gruźlicę, skierowując poborowych z tego rodzaju zmianami do najbliższych przychodni przeciwgruźliczych. Przychodnie powinny być jednocześnie powiadamiane o tych przypadkach (p. 9 wyżej wymienionego pisma okólnego).

Sądząc z wyników dotychczasowych inspekcyj przychodni przeciwgruźliczych, zarządzenie to nie wszędzie jest wykonywane, przychodnie przeciwgruźlicze nie otrzymują spisów poborowych chorych lub zagrożonych gruźlicą, co przyczynia się w znacznym stopniu do nieujawnienia licznych ognisk gruźliczych.

Wobec tego Ministerstwo (Departament Służby Zdrowia) prosi Pana Wojewodę o wydanie właściwego zarządzenia lekarzom powiatowym, aby spisy odnotowanych podczas poboru chorych i zagrożonych gruźlicą poborowych w okręgach, w których są przychodnie przeciwgruźlicze, przesyłali tym przychodniom z poleceniem roztoczenia nad nimi opieki lekarskiej. Przy ponownem badaniu poborowych, którzy dostali odroczenie z powodu niezadawalającego stanu płuc, lekarz powiatowy powinien zaznajomić się z opinją lekarską przychodni przeciwgruźliczej.

Dr. J. Adamski, Kierownik Departamentu Służby Zdrowia.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej
Nr. ZW. 80/32

Warszawa, dnia 12 lipca 1932 r.

Ekspertyza szpitalna poborowych i rekrutów.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych pismem z dnia 2. VII. 1932 r. Nr. 9310/II zawiadomił Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia) o zarządzeniu, wydanem do wszystkich Szefów Sanitarnych O. K. treści następującej:

1) poborowi i rekruci, przesyłani do Szpitali Okręgowych na ekspertyzę z powodu jakiegokolwiek choćby jednego cierpienia muszą być badani równocześnie przez wszystkich specjalistów, którzy poszczególnie określają stopień zdolności do służby wojskowej, a szpital wydaje jedno orzeczenie o przydatności do służby wojskowej;

2) wcieleni rekruci, którzy już raz poddawani byli ekspertyzie szpitalnej nie mogą być powtórnie kierowani na ekspertyzę.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia) podaje powyższe do wiadomości oraz celem poinformowania o tem zarządzeniu wszystkich lekarzy powiatowych względnie ich zastępców w komisjach poborowych.

Dr. J. Adamski, Kierownik Departamentu Służby Zdrowia.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd Trachomatologji i Okulistyki społecznej, rok II, nr. 2, 1932: Szymański J.: Obrazy kliniczne jaglicy prostej i powikłanej. — B. Pines: O operacyjnem leczeniu łuszczki jagliczej sposobem Deniga. — M. Zarcyn: Zwalczanie jaglicy na terenie powiatu Lidzkiego. — St. Kołosowski: Kilka uwag w sprawie leczenia jaglicy niepowikłanej. — M. Zachert: Działalność przychodni przeciwjagliczej I-go Ośrodka zdrowia w Warszawie za 1931 rok.

Lekarz Wojskowy, tom 20, nr. 2, z 15 lipca 1932: I. Kukliński: Odma piersiowa samoistna w świetle badań radjologicznych. — I. Kawiński: Statystyka strat w czasie ostatnich wojen. — J. Babecki: Krótkie sprawozdanie o stanie zdrowotnym armji polskiej w latach 1922—1931, na podstawie statystyki wojskowo-lekarskiej (c. d.). — Drożyński L.: Leczenie chorób wenerycznych w warunkach wojennych (dok.). — Krusiński S.: Środki lecznicze pochodzenia krajowego.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 29, z 17 lipca 1932: W. Skowroński: Uwagi o ziołolecznictwie. — J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie (c. d.). — Sprawy zawodowe.

Kronika Dentystyczna, rok XXVII, nr. 2 za marzec i kwiecień 1932: Cybulski W.: Dostawka podparta.

Therapia nova, rok IV, nr. 6, z czerwca 1932: E. Zera: Średnie ciśnienie krwi i jego zastosowanie w klinice. — St. Kramsztyk: O aftach zakaźnych i nawykowych i ich leczeniu.

Zdrowie, rok XLVII, nr. 13—14, z 15 lipca 1932: J. Rapczewski: Problemat żywienia w świetle ekonomji i fizjologji. — J. Rostafiński: Skład, postać pokarmów roślinnych i ich przy-

gotowanie na pożywienie człowieka. — A. Leparski: Chłodnictwo, jako czynnik higjeny i ekonomji w gospodarstwie domowem i społecznem. — L. Marchlewski: Warunki powstawania witamin i hormonów w ustroju zwierzęcym. — M. Morzkowska: Smak a wartość odżywcza pokarmów. — G. Szulc: Jak powinien się żywić człowiek przy pracy fizycznej, a jak przy umysłowej. — W. Iwanowski: Procesy chemiczne i mikrobiologiczne zachodzące przy pieczeniu chleba. — Z. Leyko: O fałszowaniu środków spożywczych. — K. Buczyński: Co należy jeść i w jakich ilościach, aby zachować zdrowie.

Czasopismo sądowo-lekarskie, rok V, nr. 1—2, z roku 1932: W. Grzywo-Dąbrowski: Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Un. Warszawskiego za rok 1931. — M. Rytel: I. Zabójstwo ojca przez synów. II. Zabójstwo męża przez brata żony i kochanka. III. Zabójstwo w wiejskiej restauracji. IV. Zabójstwo wiejskiego „Don Juana". — W. Grzywo-Dąbrowski: Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego. — St. Manczarski: Zgony wskutek zabójstw. — A. Piotrowski: Zgony wypadkowe, nagłe i naturalne. — Wł. Felc: Śmiertelne powikłania w przebiegu ciąży, poronienia i porodu w świetle cyfr Z. M. S. Un. Warsz. za 10-lecie 1921—1930. — H. Walęcka: Oględziny zwłok płodów i noworodków, dokonane za czas od 1921—1930. — Wł. Felc: Sprawozdanie z badań osób żywych i dowodów rzeczowych dokonanych w Z. M. S. Un. Warsz. od 1923 do 1930 włącznie.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe, dziecięce.

Colitis membranacea jako schorzenie wymierające. J. BOAS. Med. Klin. 1931, Nr. 40.

Poglądy na leczenie *colitis mucosa* zmieniły się, odrzucając sposoby leczenia miejscowego silnemi środkami ściągającemi w lewatywach, wskutek których to zabiegów postacie banalne przechodziły w schorzenie ciężkie, jakim jest *colitis membranacea.*

Godłowski (Kraków).

Dieta jabłkowa a flora jelitowa. W. SCHREIBER. Med. Klin. 1931. Nr. 40.

Dieta jabłkowa w ostrych stanach kataralnych przewodu pokarmowego spowodowanych pałeczkami duru rzekomego B, pałeczkami czerwonki typu Flexnera i E oraz przy zwyczajnych dyspepsjach, działa b. korzystnie. Działa ona przez zmianę flory bakteryjnej, umożliwiając rozwój pałeczki okrężnicy a ogranicza rozwój wymienionych bakteryj. Równocześnie objawy kliniczne szybko się cofają. Mimo ustąpienia objawów chorobowych może pozostać skłonność do nawrotów.

Godłowski (Kraków).

Działanie insuliny na funkcję żołądka oraz jej znaczenie diagnostyczne i terapeutyczne. H. HELLER. Med. Klin. 1931. Nr. 40.

Insulina reguluje czynność żołądka, tak wydzielniczą jak i motoryczną w sensie pobudzania wydzielania i pobudzania ruchów żołądka. Działa ona na n. błędny przez obniżenie cukru we krwi. W stanach, w których niewskazane jest pobudzenie czyto wydzielnicze czy motoryczne żołądka, nie powinno się o ile możności używać insuliny. Jako próba diagnostyczna może być użyta w bezkwaśnościach pierwotnych, jako czynnik, który w tych razach powoduje wydzielanie kwasu żołądkowego.

Godłowski (Kraków).

O chylurji. H. BUCHARD. Zeitschft. f. klin. Med. B. 119. H. 1—2.

17 letnia dziewczyna, zresztą zdrowa, dziedzicznie nieobciążona cierpi na chylurję w czasie leżenia nawznak lub w czasie snu. Widocznie wtedy otwierało się połączenie między naczyniami krwionośnemi i limfatycznemi z jednej strony a drogami moczowemi z drugiej. Wystąpienie chylurji poprzedzało zawsze występowanie chylemji, znikającej po chylurji.

H. Długosz (Lwów).

O bakterjologji żołądka u gruźlików. W. SCHLOPSNIES. Zeitschrift f. klin. Med. B. 119. H. 1—2.

Na 167 zbadanych treści żołądkowych u chorych na gruźlicę płuc stwierdzono na pożywkach w 16 przypadkach gramo-ujemne bakterje, jednak u tego samego chorego niestale, dlatego o „osiedleniu" się bakteryj w żołądku nie można mówić; w każdym razie nie występuje ono częściej, niż przy niedokwaśności żołądka na innem tle. Zawartość kwasu solnego wolnego ma duży wpływ bakterjobójczy, gdyż mikroskopowo można nieraz wykazać bakterje, jednak nie rosną one na pożywkach.

H. Długosz (Lwów).

Obraz kliniczny zatrucia tują. F. BRAUCH. Zeitschrift f. klin. Med. B. 119. H. 1—2.

W celu wywołania poronienia 24 letnia służąca piła przez 2—3 tygodnie odwar z tui. Po zastosowaniu takiegoż odwaru do przepłukiwań pochwy straciła przytomność. Przywieziona na klinikę, miała następujące objawy: ciepłota ponad 38° C, stopniowo do 39,2°, wymioty, biegunka, drgawki toniczno-kloniczne w kończynach prawych, potem bardzo znaczna sinica, obrzęk płuc, niedomoga serca i śmierć w $1^1/_2$ dnia po utracie przytomności. Poronienie nie nastąpiło. Jest to pierwszy w piśmiennictwie przypadek zatrucia tują dokładnie obserwowany.

H. Długosz (Lwów).

O szybkości opadania ciałek czerwonych i jednym przypadku ostrej osteoporozy. F. REICHE. Zeitschrift f. klin. Med. B. 119. H. 1—2.

W opisanym przypadku szybko następowało odwapnienie kości, *hypercalcaemia, hyperproteinaemia* a opadanie ciałek czerwonych wynosiło 150 mm/godz. Równocześnie znacznie była zwiększona ilość globulin (8,46—8,60 g %). Dowodzi to zależności szybkości opadania krwinek od ilości globulin, chociaż ze zestawienia większej ilości przypadków widać, że niema równoległości między powyższemi dwiema wartościami.

H. Długosz (Lwów).

Ostry zanik wątroby po zapaleniu przewodów woreczka żółciowego. P. KOCZANDER. Zeitschrift f. klin. Med. B. 119. H. 1—2.

Otyła, 55 letnia kobieta, od 5 lat cierpiała na nietypowe napady kolki żółciowej. 10 dni przed śmiercią po nietypowym napadzie kolki żółciowej wystąpiła żółtaczka, ogólne osłabienie wzmagające się z dnia na dzień, od 2 dni przed śmiercią *coma hepaticum.* Sekcja wykazała: *cholango-cholecystitis chronica recidiva, atrophia hepatis acuta.* Autor przyjmuje przewlekłe schorzenie dróg żółciowych za przyczynę powstania ostrego zaniku wątroby.

H. Długosz (Lwów).

Rozpoznanie przewlekłego alkoholizmu. R. MATOSSI. Zeitschrift f. klin. Med. B. 119. H. 1—2.

Po wypiciu 50 cm^3 alkoholu absolutnego w pół litrze soku cytrynowego lub malinowego u niealkoholików bardzo szybko występują duże ilości alkoholu we krwi, lecz po 5 godzinach alkohol znika zupełnie. Natomiast u alkoholików zwiększa się wolna ilość alkoholu we krwi, nie dochodzi nigdy do takich wartości jak u niealkoholików, a utrzymuje się we krwi znacznie dłużej niż 5 godzin. Na podstawie powyższego doświadczenia można rozpoznać alkoholizm przewlekły.

H. Długosz (Lwów).

Wskazania do stosowania diety surowcowej. EIMER. Klin. Woch. Nr. 5, 1932.

Dieta surowcowa (jarzyny, względnie owoce w stanie surowym) różni się od mieszanego pożywienia: 1) znikomą zawartością soli kuchennej; 2) dużemi ilościami witamin i 3) nie wywołując pragnienia jest tem samem znacznie uboższa w wodę niż pożywienie mieszane. Zawiera obfite ilości węglowodanów, a przy racjonalnem zestawieniu poszczególnych odmian także dostateczne ilości tłuszczu. Zastosowanie tej diety, jako mało solnej, ubogiej w wodę, a zarazem odżywczej, w przypadkach niedomogi serca, ostrych i przewlekłych schorzeniach nerek, w otyłości, zwłaszcza w pokwitaniu z obrzękami dały jak najlepsze wyniki. Ze względu na przeważające wartości zasadowe: można dietę surowcową wykorzystać w stanach zakwaszenia ustroju.

J. Eichel (Lwów).

Coma hypochloraemicum. PORGES. Klin. Woch. Nr. 5, r. 1932.

Autor opisuje przypadek wrzodu dwunastnicy ze stenozą odźwiernika, raka woreczka żółciowego również ze stenozą odźwiernika z objawami nagle powstałej śpiączki, której tłem jest według autora zubożenie ustroju w chlorki, wywołane w tych przypadkach przez uporczywe wymioty względnie przez codzienne płukanie żołądka. W moczu stwierdzono stale brak chlorków, we

krwi hipochloremję oraz wzrost azotu pozabiałkowego (to samo w płynie mózgowo-rdzeniowym). Przyczynę powstania stanu śpiączkowego tłumaczy (przytaczając też teorje innych badaczy) brakiem chlorków w ustroju, co powoduje zatrzymywanie substancyj azotowych przemiany materji przez nerki. Ponadto opisuje jeden przypadek kiłowej marskości wątroby z puchliną brzuszną, w którym po częstem stosowaniu punkcji i długotrwałej diecie bezsolnej usunięto śpiączkę przez podawanie dużej ilości soli.

J. Eichel (Lwów).

Guzki chrzęstne na kręgosłupie lędźwiowym. G. STEINER. Medizinische Klinik, Nr. 42, 1931.

Chrzęstne guzki Schmorla mogą w kręgosłupie występować w 2 postaciach: 1) jako typ insularny w formie drobnych guzków chrzęstnych perełkowatych, które wyrastają na miejscu zniszczonej masy chrzęstnej; 2) typ przepuklinowy w formie taśmowatych wypukleń chrząstki, leżących bądź obwodowo bądź centralnie, czasami niszcząc części kostne, pozostawiając niekiedy na owych wyroślach utrzymaną strefę wzrostu. Do obserwacji owych zmian nadają się stereoskopowe zdjęcia rentgenowskie. Jako przyczyna tych zmian może być uraz lub zmiany chondro-osteomalatyczne.

Godłowski (Kraków).

Płonica przyranna i oparzelinowa oraz zachowanie się objawu tłumienia wysypki. D. ELLENCK. Medizinische Klinik Nr. 42, 1931.

W przypadkach płonicy przyrannej oraz oparzelinowej objaw tłumienia wysypki występuje bardzo rzadko. Autor twierdzi, że w tych przypadkach, w których objaw ten jest dodatni, wysypka jest spowodowana toksyną paciorkowca płoniczego.

Godłowski (Kraków).

Dodatek do wiadomości o zaburzeniach funkcjonalnych. O. SIMON. Medizinische Klinik, Nr. 42, 1931.

Autor jest zdania, że schorzenia takie, jak: *ischias, lumbago,* zaburzenia żołądkowo-jelitowo-sercowe, są spowodowane pewną „libidogenną" endotoksyną, doprowadzoną na miejsce schorzenia drogą humoralną.

Godłowski (Kraków).

Histamina w leczeniu schorzeń gośćcowych. D. DEUTSCH. Medizinische Klinik, Nr. 41, 1931.

Histamina na drodze nerwowej znosi skurcze spastyczne i bóle mięśniowe. Mechanizm tego działania nie jest jednak identyczny z działaniem środków znieczulających. Jako moment etjologiczny możnaby przyjąć to, że w schorzeniach gośćcowych ostrych czy przewlekłych jest zmniejszony poziom histaminy w mięśniach czy innych schorzałych tkankach. Wszystkie zabiegi mechaniczne czy proteino-terapeutyczne działają przez wytworzenie histaminy. Autor przypuszcza, że takie czynniki jak obniżenie ciepłoty, wilgotność, sprzyjające rozwojowi owych schorzeń, powodują zmniejszenie się produkcji histaminy.

Godłowski (Kraków).

Czynniki konstytucjonalne w schorzeniach wywołanych gromadzeniem się substancyj w komórkach. L. BORCHARDT. Medizinische Klinik, Nr. 41, 1931.

Schorzenia owe można podzielić na dwa rodzaje: magazynowanie pewnych substancyj powstałych wewnątrz ustroju, jak lipoidy, tłuszcze, barwiki oraz substancyj dostających się do ustroju z zewnątrz (pył). Zdaniem autora istnieje konstytucjonalne nastawienie bądź pozytywne, u pikników (eurisomów), bądź negatywne u asteników (leptosomów) tendencji do odkładania ciał. Rozumując w ten sposób, poleca zapobiegawczo zabiegami fizykochemicznemi u tych osób raz przyśpieszać, drugi raz zwalniać proces odkładania.

Godłowski (Kraków).

Objawy ośrodkowe w przewlekłem zapaleniu stawów. PUTZAR— EHRENBERG. Medizinische Klinik, Nr. 41, 1931.

W przewlekłych schorzeniach stawowych występuje szereg cech fizjognomijnych, które nadają twarzy wyraz charakterystyczny, co autor łączy z czynnikami toksycznemi, działającemi na system centralny. Przez działanie środków leczniczych można owe czynniki toksyczne zupełnie wykluczyć, jak to się dzieje w schorzeniach jelitowych działaniem diety.

Godłowski (Kraków).

Mikrobiologja i serologja.

Ankieta na temat wykazywania prątków Kocha we krwi przy gruźlicy i w innych schorzeniach. KURT MAYER. Berlin. Medicinische Klinik Nr. 4, 8 i 9. 1932.

Kurt Mayer z Oddziału Bakterjolog. Szpit. Rudolf Virchow w Berlinie rozpisał ankietę na temat wykazywania prątków Kocha we krwi, drogą hodowli, przy użyciu metody Löwensteina, u chorych gruźliczych i w innych sprawach chorobowych.

W ankiecie biorą udział: G. Bessau — Lipsk, A. Kohn — Berlin, E. Kadisch — Berlin, P. Manteufel — Düsseldorf, L. Rabinowitsch-Kempner — Berlin, W. Engel — Berlin, E. Hager — Wetzewald, Löwenstein — Wiedeń, Saegler — Sommerfeld, Wils Lewin — Söderby, C. A. Lang — Triest, H. Popper — Wiedeń.

Do badaczy, którzy częściowo uzyskali wyniki dodatnie stosując powyższą metodę należą: L. Rabinowitsch-Kempner — Berlin (40% przy użyciu krwi zwłok osobników zmarłych na gruźlicę, 4% przy szczepieniu krwi gruźlików żyjących), E. Hager — Wetzewald (użyto krwi chorych na gruźlicę, przy użyciu met. L. I., wyniki dodatnie w 10%, przy L. II. w 21.2%), H. Popper — Wiedeń (krew zwłok osobników zmarłych na gruźlicę dała wynik dodatni w 75%, — krew osobników, cierpiących na schorzenia reumatyczne, choroby oczu i skóry, — kilku zaś na gruźlicę płuc nie dała wyraźnych kultur, badanie jednak mikroskopowe wykazało w 20% obecność prątków kwasoopornych).

Wyniki innych badaczy przeważnie negatywne, — zaledwie kilka hodowli dodatnich i to wyłącznie przy rozległej gruźlicy płuc.

Z. Kucikówna (Lwów).

Przypadek wąglika u człowieka. Rozpoznanie bakterjologiczne i leczenie surowicą swoistą. VAN HAELST. Revue Belge des Sciences Médicales (Louvain, Paris).

Przez zwyczajne zetknięcie się, bez ukąszenia, wąglik skóry *(pustula maligna)* może przenieść się na skórę pozornie zdrową. Zachowanie odpowiednich środków ostrożności posiada tu bardzo wielkie znaczenie. Prace laboratoryjne mogą wiele przyczynić się do wczesnego rozpoznania wąglika u człowieka. Ze środków, służących do tego celu, można polecić badanie skrawków barwionych według oryginalnej metody Fotha [1]) lub zmodyfikowanej metody Fotha przez van Heelsbergena [2]) oraz odczyn termo-precypitacyjny Ascoli'ego, następnie hodowle na pożywkach zwyczajnych i doświadczenie na zwierzęciu. Surowice przeciwwąglikowe mogą oddać znaczne usługi pod warunkiem, że stosowane są dość wcześnie i według podanych przepisów.

W przypadku, opisanym przez autora, w 5-tym dniu groziła posocznica wąglikowa, o czem świadczyło zapalenie naczyń chłonnych znacznego stopnia i zajęcie gruczołów. 100 cm^3 surowicy, rozdzielonych na 4 dni wystarczyły, by objawy miejscowe ustąpiły a ogólna dawka 180 cm^3 podana w 8 dniach wystarczyła do zupełnego wyleczenia chorego bez żadnych powikłań.

Ungar (Lwów).

O szczepieniu przeciwgruźliczem bydła szczepionką BCG. Dr. F. GERLACH, Dyrektor Instytutu Państwowego dla walki z chorobami zakaźnemi u zwierząt (Mödling koło Wiednia, Austrja). Annales de l'Institut Pasteur, T. XLVII, listopad, 1931, Nr. 5.

W pierwszej części pracy wypowiada się autor krytycznie w sprawie licznych badań nad uzyskaniem powrotu zjadliwości szczepów BCG. Przeprowadził szereg badań kontrolnych i wykazał błędy badaczy, którym wydawało się, że uzyskali powrót zjadliwości, i stwierdza na podstawie swego sześcioletniego doświadczenia, że dziś jeszcze niema sposobu przywrócenia szczepom BCG pełnej zjadliwości, zaznaczając przytem, że sposób taki niewątpliwie kiedyś znalezionym zostanie. Wyraża jednak zdziwienie, iż autorom, którzy podawali szczepionkę najrozmaitszemi drogami (dożylnie, śródotrzewnowo, śródmózgowo, śródocznie, i t. p.), w ogromnych ilościach, wystawiając zwierzęta równocześnie na działanie różnych szkodliwości, nie przyszło na myśl, coby się stało z najlepszemi ze znanych szczepionek (wścieklizna, ospa i t. p.), gdyby poddano je podobnym „torturom". Następnie stwierdza autorytatywnie, że szczepionka BCG nie jest awirulentną, lecz posiada zjadliwość znacznie osłabioną, oraz że u zwierząt szczepionych wywołuje zmiany swoiste, które szybko się goją, pozostawiając prawdziwą odporność trwającą do końca

---

[1]) Foth: Zschrift f. Infektionskrankheiten der Haustiere. 1920, t. 21.

[2]) Van Heelsbergen: Deutsch. Thierärztliche Woch., 1931, z. 21.

„karjery ekonomicznej" szczepionych zwierząt. Dalsze badania nad bezpieczeństwem szczepień uważa za zbędne, za wskazane uważa badania nad trwałością i wartością imunizacji. Następnie zwraca uwagę na trudności przy sprzedaży zwierząt szczepionych, a posiadających stale dodatnią reakcję alergiczną na tuberkulinę i oczekuje w tym względzie umowy międzynarodowej.

W drugiej części pracy donosi autor o wynikach szczepień przeprowadzonych przez niego na szeroką skalę. Cielęta znosiły szczepienia doskonale i rozwijały się normalnie, mimo że przebywały w stadach zarażonych gruźlicą w 50% do 100%. W jednym przypadku stado zarażone w 100% miało być wybite na koszt państwa, gdyż cielęta ginęły do kilku miesięcy. Kiedy jednak wprowadzono szczepienie BCG, szczepione corocznie na nowo, rozwijają się doskonale. Pracę kończy autor następującem zdaniem: „Szczepienie przeciwgruźlicze bydła szczepionką BCG jest bezwzględnie bezpieczne i wywołuje wyraźne efekty imunizacyjne, co pozwala polecić gorąco jego stosowanie na jak najszerszą skalę".

Kielanowski (Lwów).

Zmiany anatomo-patologiczne u świnek morskich zarażonych gruźlicą, u których stosowano następnie szczepionkę BCG. Dr. LEVITAN i LOKHOFF (Leningrad) Klinika terapeutyczna Prof. Granström, Katedry Mikrobiologii i Anatomji Patolog. Prof. Moisseiff i Akademja Medycyny Wojskowej. Annales de l'Institut Pasteur, T. XLVII, listopad, 1931, Nr. 5.

Powołując się na dwa poprzednie doniesienia, dochodzą autorzy do wniosku, że podawanie szczepionki BCG nie powstrzymuje rozwoju gruźlicy już istniejącej, lecz zwalnia znacznie jej postępy tak, że zwierzęta (świnki morskie i króliki) żyją dwa razy dłużej od zwierząt kontrolnych. Występowanie serowatego i ropnego zapalenia płuc zdarza się rzadziej, częściej natomiast występują postacie deskwamacyjne. W płucach i w wątrobie znajdują się wyraźne bujania tkanki łącznej, w śledzionie reakcję ze strony systemu siateczkowo-śródbłonkowego, w gruczołach limfatycznych zaś objawy stwardnienia i kalcyfikacji.

Kielanowski (Lwów).

Przypadek samoistnego zakażenia gruźliczego u królika. CH. TRUCHE i A. SAENZ. Annales de l'Institut Pasteur, T. XLVII, listopad, 1931, Nr. 5.

Nawiązując do publikacji E. Couland o możliwości samoistnego zakażenia gruźlicą wśród królików, trzymanych w hodowlach, wśród których prowadzi się dłuższy czas badania nad gruźlicą eksperymentalną, i o możliwości błędów mogących stąd wyniknąć, opisują autorzy przypadek sekcyjny gruźlicy płuc u pięciomiesięcznego królika, który trzymany w bardzo starannych warunkach hodowlanych, zginął wśród objawów kacheksji. Wykazawszy u tego królika typ bydlęcy prątka i stwierdziwszy, że pośród osób zajętych przy tej hodowli nikt na gruźlicę nie cierpi, a uwzględniwszy, że króliki w hodowli tej karmiono m. in. surowem mlekiem krowiem, szukają autorzy w mleku tem źródła zakażenia. Przy sposobności zwracają uwagę, że przypadek ten należy uważać za jeszcze jedno potwierdzenie teorji Calmette'a i Guérin'a o roli zakażenia drogą przewodu pokarmowego przy powstawaniu gruźlicy płuc.

Kielanowski (Lwów).

Badania nad Beri-béri. P. NOEL BERNARD. Annales de l'Institut Pasteur, T. XLVII, listopad 1931, Nr. 5.

Praca ta jest ciągiem dalszym, a poniekąd i syntezą wieloletnich badań autora, przeprowadzanych w Indjach i Kochinchinie nad chorobą beri-beri. Wywody swoje poprzedza on rysem historycznym dawniejszych zapatrywań na istotę tego interesującego schorzenia, poczem przytacza różnice zachodzące pomiędzy prawdziwą beri-beri, a eksperymentalną awitaminozą B. Kliniczne, anatomo-patologiczne, chemiczne, bakterjologiczne i serologiczne badania, przeprowadzał on na chorych krajowcach, wśród których beri-beri panuje endemicznie, a często wybucha w postaci epidemji. Eksperymentalnie udało mu się wywołać zupełnie analogiczne schorzenie u odpowiednio karmionych małych świnek indyjskich, jedynych zwierząt do tego celu się nadających, przez doustne podawanie im zawiesin hodowli *Bacillus asthenogenes*. Szczegółowo przez autora opisany *B. asthenogenes* jest ektotoksycznym saprofitem z grupy laseczek tlenowych *B. mesentericus, B. mycoïdes, B. megatherium* i t. p., a chorobotwórczym stać się może w beztlenowem środowisku przewodu pokarmowego osobników żywiących się jednostronnie węglowodanami (ryżem), i to nie wobec braku całkowitego, lecz wobec niedostatecznej ilości witaminy B. Wspomniane błędy dietetyczne powodują zaleganie pokarmów w żołądku, szybki rozwój *B. asthenogenes*, powstanie ektotoksyn, które dostawszy się do krążenia wywołują typowe piorunujące schorzenie „*Shoshin*", czyli ostrą beri-beri. Schorzenie to charakteryzujące się wysoką temperaturą, białkomoczem, obrzękami i zaparciem stolca, kończy się w kilku dniach lub godzinach śmiercią wśród objawów porażennych lub przechodzi w postacie podostre i przewlekłe, mało charakterystyczne, podobne do zapaleń nerwów obwodowych na innem tle występujących. Przyczyną wystąpienia beri-beri jest w myśl wywodów autora współdziałanie trzech czynników: drobnoustroju ektotoksycznego (specyficzność *B. asthenogenes* nie jest zdaniem autora udowodnioną), odpowiedniego środowiska żołądkowo-jelitowego i zmniejszonej odporności na skutek wadliwego odżywiania.

Kielanowski (Lwów).

Leczenie swoiste i zapobiegawcze choroby Heine-Medina (poliomyelitis acuta). Dr. B. FEIERABEND. Praktický Lekař, r. 1931, z. 18.

Pod uwagę bierze autor surowice: ozdrowieńców, zwierząt oraz zdrowych osób dojrzałych. Surowica ozdrowieńców posiada wysokowartościowe działanie, jeśli podaje się ją w okresie przedporażennym. Podejrzenie na ten okres budzi: gorączka w stosunku do ogólnego stanu i tętna niska (nie przekraczająca 39° C), ból głowy, w innym przypadku ból pleców, dalej delikatne drżenia warg i rąk, zwłaszcza przy ruchu, sztywność szyi przy zginaniu wprzód (ruchy na bok nie są ograniczone) oraz sztywność tułowia. Rozpoznanie potwierdza zwiększona ilość leukocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym. Surowice zwierząt posiadają wartość problematyczną, ponieważ zwierzęta, używane do wyrobu surowic, są oporne wobec zarazka choroby Heine-Medina. Jedynie surowica Petita (wyrabiana w Paryżu) z uodpornionych małp posiada znaczniejszą wartość. W ostatnich latach wykazano, że i surowica osób dorosłych (nie wszystkich, tylko tych, które przebyły zakażenie ukryte albo poronną postać tej choroby, jest zabójczą dla zarazka. Dla lekarza-praktyka najwygodniej jest wstrzykiwać bezpośrednio krew, najlepiej obojga rodziców, tak leczniczo, jak i zapobiegawczo (jako uodpornienie bierne). Uodpornienie czynne znajduje się w okresie doświadczeń. W przypadku rozpoznanym lub podejrzanym radzi autor wstrzykiwać jak najwcześniej (w okresie przed-porażennym) przynajmniej 40 cm³ krwi (po 20 cm³ krwi matki i ojca) domięśniowo. Z ewentualnie sprowadzonej surowicy Petita (niewygoda znaczna, gdyż czas pomiędzy zamówieniem surowicy a otrzymaniem jej jest stracony ze szkodą dla chorego) można wstrzyknąć i w okresie porażennym 10—15 cm³ domięśniowo, 10—20 cm³ dordzeniowo. Zapobiegawczo powinno się zdrowemu dziecku wstrzyknąć przynajmniej 20 cm³ krwi (po 10 cm³ od obojga rodziców) domięśniowo. Po miesiącu można zastrzyk ten powtórzyć.

Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego z dnia 23 stycznia 1932 r.

Przewodniczy: prezes kol. Rożkowski.

I. Na początku posiedzenia odbyło się uczczenie 35-lecia działalności lekarskiej kol. Ludwika Batawii:

a) Kol. Stefan Kon omówił działalność jubilata na polu pracy społecznej, kulturalnej i filantropijnej. O rozmiarach tej pracy świadczy to, że kol. Batawia jest bądźto prezesem, bądźto członkiem zarządu lub członkiem założycielem całego szeregu instytucyj i stowarzyszeń o charakterze społecznym, oświatowym, filantropijnym i t. p.

b) Prezes kol. Rożkowski scharakteryzował działalność naukową jubilata. Zaznaczając na wstępie, że całokształt tej działalności szczegółowo został omówiony przed 10 laty z okazji 25-cio letniego jubileuszu, kol. Rożkowski podkreśla, że jubilat pracował również intensywnie i w ciągu ostatnich lat 10-ciu. Wymienia ostatnie jego prace: 1) Szczepionki w chorobach gardła, nosa i uszu (Polski przegląd oto-laryngol.); 2) Elektrokoagulacja w rynolaryngologji (Warsz. Czasopismo Lek., 1925 r.) — odczyt wygłoszony na zjeździe polskich lekarzy i przyrodników; 3) Dwa przypadki zwężenia górnych odcinków dróg oddechowych, leczenie elektrokoagulacją (Polsk. Gaz. Lek., 1925 r.): 4) *Diaphragma laryngis*, leczona diatermią (Warsz. Czasopismo Lek., 1927 r.); 5) Pięć ostatnich przypadków zakrzepowych zapaleń zatok mózgowych pochodzenia usznego (Polski Przegląd oto-laryng., 1928 r.); 6)

W sprawie poronnego leczenia ropni okołomigdałkowych (Polski Przegląd oto-laryng., 1926 r.); 7) Przypadek wczesnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego (Warsz. Czasopismo Lek. 1929 r.); 8) Wrodzony guz jamy nosowo-gardłowej u trzechtygodniowego ssawca (Polski Przegląd oto-laryng., 1931 r.). Wszystkie te prace są oryginalne i stanowią ważne przyczynki naukowe w dziedzinie laryngologji i otjatrji. O zasługach Jubilata na polu pracy naukowej świadczy fakt dwukrotnego powołania go na stanowisko wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Oto-laryngologicznego. Również i Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie, którego członkiem jest kol. Batawia od czasu założenia T-wa, w uznaniu działalności naukowej uchwaliło zaliczyć go w poczet swych członków honorowych; w myśl tej uchwały Prezes wręcza Jubilatowi dyplom honorowy.

c) Kol. Batawia odpowiada, że przyjmując ofiarowany mu dyplom Członka honorowego Towarzystwa, zdaje sobie sprawę, że to wysokie odznaczenie otrzymał za swą pracę lekarską i naukową. Biegański w swoim czasie nakreślił program pracy dla lekarza prowincjonalnego, gdyż praca ta może i powinna odbywać się we wszelkich warunkach, jednak praca na prowincji jest bardzo trudna i nie każdemu jest dane osiągnąć tak wiele, jak to potrafił Biegański. Zaznaczając, że część swoich prac uważa już dziś za nieaktualne, podkreśla, że starał się zawsze pracować w miarę sił i możności: pierwszy zwrócił uwagę, że długotrwałe stany podgorączkowe mogą mieć niekiedy źródło w migdałkach, następnie pierwszy w Polsce pisał o koagulacji i zapoczątkował leczenie szczepionkami w oto-laryngologji. Dziękując kolegom za uznanie, składa na rzecz bibljoteki T-wa 100 zł.

II. Kol. Łokczewski wygłosił krótkie przemówienie pośmiertne o zmarłym niedawno członku Częstochowskiego T-wa Lekarskiego koledze Walerym Popkowie.

Po skreśleniu życiorysu zmarłego prelegent podkreśla, że zmarły cieszył się zaufaniem i dużą sympatją chorych i kolegów. Był bardzo czynnym w miejscowej kolonji rosyjskiej. W zmarłym tracimy zacnego kolegę i sumiennego lekarza, traktującego chorych zgodnie z najlepszą tradycją lekarską.

Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

III. Kol. Epstejn wygłosił odczyt: *„Dwa przypadki cystynurji"*.

Przypadek 1. Chory, lat 62, obserwowany był w Szpitalu na Zawodziu; cystoskopowo stwierdzono kamień w pęcherzu moczowym; w moczu wykryto obok krwinek czerwonych i ciałek ropnych typowe kryształy cystyny.

Przypadek 2 dotyczy kobiety 40-letniej z lekkiemi objawami kamicy nerkowej. Dwukrotne badanie moczu wykazało obecność kryształów cystyny.

Cystynurja występuje często u kilku osób jednej rodziny lub u bliźniąt; posiada cechy choroby konstytucjonalnej.

Cystyna chemicznie jest 2-sulfidem kwasu 2-aminopropionowego, czyli składa się z dwóch cząstek cysteiny, związanych w grupach siarkowych; nie rozpuszcza się w wodzie, eterze i alkoholu, natomiast łatwo w amonjaku, stąd też łatwo może być wytrącona kwasem octowym. Stanowi ona konieczny składnik białka plastycznego, wchodzi w skład krwi, włosów, rogu i t. p.

Na 500 przypadków kamicy nerkowej spotykamy 1 cystynurję (według innych autorów 1 : 176). Cystyna jednak znajduje się przeważnie w roztworze i przy odpowiednich próbach dałoby się ją wykryć częściej. Na kliszy kamienie cystynowe dają słabe cienie. Obok cystynurji występują też i inne diaminurje (jak putrescyna, kadaweryna i inne). Cystyna stoi w bliskim związku z tauryną, składnikiem kwasu taurocholowego żółci. Najprawdopodobniej wątroba i drogi żółciowe odgrywają pewną rolę w powstawaniu tej jednostki chorobowej, czy przez to, że nie dochodzi do ostatecznego rozkładu tego aminokwasu, czy też bywa wyrazem pewnej wadliwej syntezy. Kwestja ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta.

Postępowanie lecznicze nie odbiega od leczenia innych kamic: zmniejsza się jedynie podawanie białka do 0,8—0,9 na 1 kg wagi. Znany jest przypadek Cravella, który przemywaniami doprowadził do usunięcia z miedniczek nerkowych 2 kamieni cystynowych. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

Kol. Rożkowski uważa zagadnienie za ciekawe z punktu widzenia przemiany materji, lecz sprawa ta jest jeszcze mało opracowana i piśmiennictwo jej bardzo małe. Klinicznie cystynurja najczęściej nie daje żadnych objawów, niekiedy jednak tworzą się kamienie cystynowe i wtedy występują zwykłe objawy kamicy. Richter podaje, że częściej zdarza się w wieku późniejszym około 50-go roku życia. Według Lignaca cystynurja u dzieci może mieć przebieg ciężki.

Kol. Konar zaznacza, że cystynurja zdarza się bardzo rzadko, osobiście spotkał tylko 1 przypadek, mimo ogromnej ilości dokonanych przez niego badań moczu. Przypomina, że cystynurję spotykamy też w przebiegu ostrego żółtego zaniku wątroby.

IV. Sprawozdanie roczne z działalności Towarzystwa za 1931 rok:

A) Sprawozdanie sekretarza: W roku sprawozdawczym 1931 Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie liczyło 55 członków rzeczywistych i 30 członków honorowych. W ciągu roku przyjęto w poczet członków rzeczywistych 5 kolegów: 1) kol. Jana Piwowarczyka, 2) kol. Mojżesza Kijaka, 3) kol. Alinę Weinbaumową, 4) kol. Eugenję Dykierową i 5) kol. Stanisława Piltza. Zmarli: członek honorowy T-wa prof. Bronisław Sawicki i członek rzeczywisty kol. Kazimierz Okuszko.

Posiedzeń T-wa odbyło się 10. Odczytów i referatów wygłoszono 10. Komunikatów z działu kazuistyki zanotowano 6. Specjalnych przemówień wygłoszono 8. Pokazów chorych, preparatów i rentgenogramów dokonano 26.

B) Sprawozdanie skarbnika: Saldo za rok 1930 wynosiło 1.285 zł. 66 gr.; przychód za rok 1931 — 3.967 zł. 45 gr.; rozchód 3.788 zł. 04 gr. Saldo na 31 grudnia 1931 r. wynosi 1.465 zł. 67 gr. Preliminarz na rok 1932: wpływy ze składek członkowskich dadzą przypuszczalnie 2.448 zł. (po 48 zł. rocznie od 51 członków), przypuszczalne wydatki wyniosą 2.164 zł.

C) Sprawozdanie bibljotekarza: Bibljoteka Towarzystwa w roku 1931 nabyła 52 tomy dzieł lekarskich. Prenumerowano pisma: 1) Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 2) Polska Gazeta Lekarska, 3) Medycyna, 4) Archiwum Historji i Filozofji Medycyny, 5) Klinische Wochenschrift, 6) Bulletin et Memoires de la société médicale des hopitaux de Paris.

Na książki wydano 631 zł. 55 gr., prenumerata pism wyniosła 314 zł. 50 gr., oprawa książek kosztowała 124 zł. 50 gr. Saldo na rok 1932 wynosi 205 zł. 66 gr. Czytelnia przy bibljotece była czynna 2 razy na miesiąc.

V. Wybory do Zarządu Towarzystwa na rok 1932:

1) Na prezesa wybrano kol. Karola Rożkowskiego (ponownie),

2) Na wiceprezesa kol. Ludwika Batawię,

3) Na sekretarzy: kol. Kazimierza Łokczewskiego (ponownie) i kol. Adama Borkowskiego (ponownie),

4) Na skarbnika kol. Pawła Szaniawskiego (ponownie),

5) Na bibljotekarza kol. Ignacego Frenkenberga (ponownie),

6) Na członków Zarządu: kol. Wilhelma Mikulskiego i kol. Stefana Kona.

Do Komisji Rewizyjnej wybrano: 1) kol. Edwina Petrykata, 2) kol. Stanisława Szwedowskiego i 3) lek. dent. Adolfa Gelborda (wszystkich trzech ponownie).

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania naukowego z dnia 18 listopada 1931.

Odczytanie protokółu z poprzedniego zebrania — przyjętego w całości.

Kol. Nasiłowski: przedstawia dziecko lat 9 z *zaburzeniami rozwojowemi.*

Kol. Bentkowski (z zakładu położniczego) 1) demonstruje dziecko z przypadku ***łożyska przodującego,*** które po porodzie ważyło 1520 g (długości 41 cm). Dziecko to przy odpowiedniej pielęgnacji rozwija się prawidłowo, — obecnie 4-miesięczne waży 4300 g. 2) Demonstruje płód niedonoszony nieżywy z *encephalocoele.* 3) Dziecko z *rozszczepieniem pęcherza moczowego.* Następnie Kol. Bentkowski referuje krótko o przypadku *przedwczesnego odklejenia łożyska* z przebiegiem dla matki pomyślnym, oraz o poronieniu w przypadku tyfusu brzusznego.

W dyskusji zabierali głos Kol. Zalc, Witkowski, Trawiński i Ficenes.

Kol. Suchodolski demonstruje płód czteromiesięczny z łożyskiem, uzyskany *per laparotomiam,* w przypadku ciąży zewnątrzmacicznej brzusznej, ewentualnie wtórnej. Płód był żywy, łożysko usadowione na otrzewnej kiszek, odbytnicy, esowatej i pętli cienkich. Z powodu dużej ilości zrostów, starych wylewów krwawych i wogóle przekrwienia nie można ustalić stanu i zmian w odpowiedniej trąbce, która sprawia wrażenie pękniętej. W przebiegu pooperacyjnym w dniach 3 i 4-ym przy zupełnie dobrym stanie jamy brzucha wystąpiło nikłe tętno do 140 przy wymiotach ciemnych — stosowano dwukrotnie przemycie żołądka i wlewki dożylne 30 cm^3 20% rozczynu soli kuchennej z natychmiastową poprawą tętna, ustaniem wymiotów i energicznem oddawaniem wiatrów, wkońcu stolców.

Na 165 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej w okresie 1922—1931 jest to drugi przypadek ciąży brzusznej na oddziale ginekologicznym szpitala Sieleckiego w Sosnowcu, przyczem na pierwsze 7 lat przypadło 75 przypadków, a na ostatnie trzylecie niestosunkowo więcej, a mianowicie 90 przypadków.

Śmiertelność wśród operowanych wynosiła 4.8% (dla porównania: w klinice Monachijskiej (prof. Döderlein) śmiertelność operacyjna 6.6% — Küstner Gynäkologie — 9, 1922 r. str. 362). Przy rozpoznaniu ciąży zewnątrzmacicznej kierowano się wywiadami, badaniem ginekologicznem i nakłuciem sklepienia tylnego w celu stwierdzenia krwi w jamie brzucha. Prób z moczu chorych według Zondek-Aschheima do tej pory nie wykonywano i tylko pojedyńcze bardzo rzadkie przypadki przyczyniały trudności rozpoznawczych. (streszczenie własne).

Kol. Trawiński referuje pokrótce o *sposobach operacyjnych przy wynicowaniu pęcherza* — (przypadek taki ma być demonstrowany na zebraniu następnem).

Sekretarz: (—) *Dr. F. Sztuka.*
Prezes: (—) *Dr. K. Suchodolski.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. O. 30/a/4/2.

Warszawa, dnia 2 czerwca 1932 roku.

Państwowa pomoc lekarska dla funkcjonarjuszów państwowych.

Okólnik Nr. 75.

Do Panów Wojewodów (wszystkich), Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy, Pana Komisarza Gen. R. P. w Gdańsku, Pana Naczelnika Urzędu dla spraw mniejszości w Katowicach, i Panów Prezesów Wojewódzkich Sądów Administracyjnych w Poznaniu, Toruniu i Katowicach.

Na zasadzie § 18 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 22 marca 1932 r. o państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych, sędziów i prokuratorów, członków ich rodzin oraz emerytów (Dz. U. R. P. Nr. 27 poz. 254) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wydaje poniższe zarządzenie oraz prosi o podanie go do wiadomości wszystkim lekarzom urzędowym i umówionym.

Do § 1. Państwowa pomoc lekarska nie przysługuje rodzicom funkcjonarjusza państwowego i tym jego dzieciom i pasierbom powyżej lat 18, na które nie pobiera on dodatku ekonomicznego; nie przysługuje ona również funkcjonarjuszom państwowym kontraktowym.

Z chwilą przejścia funkcjonarjusza państwowego w stan spoczynku prawo do korzystania z państwowej pomocy lekarskiej tracą wszyscy uprawnieni dotąd członkowie jego rodziny, nadto prawo to traci i sam emerytowany funkcjonarjusz, jeśli nie odpowiada warunkom, ustanowionym w pkt. 5 § 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 22 marca 1932 r. (Dz. U. R. P. Nr. 27 poz. 254).

Aplikanci sądowi, jeśli nawet nie pobierają uposażenia ze Skarbu Państwa, są uprawnieni do korzystania z państwowej pomocy lekarskiej łącznie z członkami swych rodzin.

Dowodem, stwierdzającym uprawnienie funkcjonarjusza do korzystania z państwowej pomocy lekarskiej, jest jego legitymacja urzędnicza względnie odpowiednie zaświadczenie, wydane mu przez jego władzę służbową. Gdy chodzi o członka rodziny funkcjonarjusza, dowodem takim jest zaświadczenie tejże władzy o tem, że danemu członkowi rodziny przysługuje prawo do korzystania z państwowej pomocy lekarskiej.

Dowodem, stwierdzającym omawiane uprawnienie, gdy chodzi o emerytowanego funkcjonarjusza państwowego, jest jego dekret emerytalny, który winien być ostemplowany przez Urząd Wojewódzki (Komisarjat Rządu, Komisarjat Generalny R. P.), na którego terenie emeryt przebywa, iż danemu emerytowi przysługuje względnie nie przysługuje omawiane prawo na podstawie odnośnego postanowienia.

Do § 2. Leczenie dentystyczne, ortopedyczne oraz protezowanie nie wchodzi w zakres państwowej pomocy lekarskiej, a z leczenia fizykalnego przysługuje jedynie naświetlanie lampą kwarcową i promieniami Roentgena w zakresie, określonym w § 6 rozporządzenia. W związku z tem Skarb Państwa nie pokrywa kosztów okularów i wszelkiego rodzaju protez, kosztów analiz lekarskich wydzielin i wydalin, kosztów badania krwi oraz kosztów szczepień zapobiegawczych.

Państwowa pomoc lekarska nie przewiduje udzielania pomocy przez felczerów, a zakres korzystania z pomocy położnych jest ustalony w § 10 rozporządzenia.

Leczenie gruźlicy zapomocą odmy sztucznej na koszt Skarbu Państwa jest dozwolone w ramach leczenia szpitalnego, określonego w § 7 rozporządzenia, względnie w przychodniach towarzystw przeciwgruźliczych lub ośrodkach zdrowia. Koszt dokonania odmy sztucznej w przychodni towarzystwa przeciwgruźliczego względnie w ośrodku zdrowia ustala się do 5 zł za zabieg.

Członkowie rodziny funkcjonarjusza państwowego nie są uprawnieni do korzystania z kąpieli i zabiegów balneoterapeutycznych za pół ceny w państwowych zakładach zdrojowych.

Do § 3. Angażowanie i zwalnianie lekarzy i położnych dla udzielania pomocy lekarskiej funkcjonarjuszom państwowym i członkom ich rodzin na koszt Skarbu Państwa oraz nadzór nad spełnianiem tych obowiązków należy do zakresu działania Panów Wojewodów (Pana Komisarza Rządu, Pana Komisarza Generalnego R. P.). Funkcja ta spoczywa bezpośrednio na Naczelnikach Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia.

Lekarze umówieni mogą, lecz nie muszą, wydawać świadectwa lekarskie na prośbę pacjenta, są natomiast obowiązani dokładnie wypełniać rubryki, znajdujące się na karcie porady, oraz wydawać zaświadczenia w przypadkach, kiedy funkcjonarjusz winien być zwolniony od zajęć służbowych z powodu choroby lub gdy potrzebuje specjalnego leczenia (zaliczki).

O ile chory funkcjonarjusz nie wymaga umieszczenia w szpitalu i leczy się w domu, lekarz umówiony jest uprawniony do postawienia wniosku o zwolnienie danego funkcjonarjusza od zajęć służbowych na okres czasu do dni 7-miu.

Lekarze organizacji państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych są opłacani bądź na podstawie opłaty jednostkowej za porady i zabiegi lekarskie, bądź na podstawie umownej opłaty miesięcznej ryczałtowej.

Wysokość wynagrodzenia jednostkowego wynosi:

1) za poradę u lekarza lub w przychodni do 1,75 zł,

2) za poradę lekarza w domu chorego do 3,75 zł,

3) w przypadkach, gdy wizyta lekarza u chorego trwała dłużej niż godzinę (wyjazdy i t. p.), za pierwszą godzinę do 3,75 zł, a za każde następne ukończone ½ godziny do 2,50 zł,

(w Warszawie, Łodzi, Lwowie, Krakowie, Poznaniu i w Wilnie podwyższa się tę taksę, która wraz z kosztami przejazdu lekarza do chorego wynosi do 4,00 zł).

Nadto w Warszawie na terenie Komisarjatów P. P. od XVI do XXVI włącznie, o ile lekarz zamieszkuje daleko od miejsca zamieszkania chorego, podwyższa się tę taksę, łączną z kosztem przejazdu lekarza do chorego do 5,00 zł,

4) za wizyty w nagłych przypadkach, dokonane w niedzielę lub święto rz.-kat., gdy lekarz otrzymał wezwanie w niedzielę lub święto, opłata, określona w pkt. 2) i 3), zostaje podwyższona o 50%, a za wizyty w nagłych przypadkach, dokonane w nocy między godz. 20 i 7, gdy wezwanie lekarz otrzymał w tym czasie, opłata zostaje podwyższona o 100% od norm, przewidzianych w poprzednich punktach;

5) jeżeli w mieszkaniu chorego, do którego lekarz przybył, jest chora druga osoba, uprawniona do korzystania z państwowej pomocy lekarskiej, to za poradę jej udzieloną lekarz likwiduje tak, jak w pkt. 1) bez względu na to, czy za pierwszą osobę chorą likwiduje według pkt. 2), 3) lub 4), czyli do 1,75 zł.

Nadto za dokonane zabiegi chirurgiczne lub akuszeryjno-ginekologiczne podczas pierwszej wizyty lekarz otrzymuje dodatkową opłatę w następującej wysokości:

6) za wszystkie zastrzyki zarówno podskórne, domięśniowe, jak i dożylne z wyjątkiem zastrzyków przeciwdyfterycznych i wlewań dożylnych związków pochodnych arsenobenzenowych do 1,75 zł.

Za zastrzyki przeciwdyfteryczne i wlewania dożylne związków pochodnych arsenobenzenowych do 5,00 zł,

7) za drobne zabiegi chirurgiczne lub akuszeryjno-ginekologiczne, jak opatrunki chirurgiczne, przecięcie ropnia, usunięcie resztek po poronieniu, przerwanie pęcherza płodowego, wprowadzenie przepukliny, tamponada pochwy do 5,00 zł,

8) za większe zabiegi, jak opatrunki ustalające, nastawienie zwichnięcia, wypompowanie wysięku, skrobanka macicy, zszycie krocza, wyjęcie przyrośniętego łożyska, tamponada macicy do 10,00 zł,

9) za duże zabiegi akuszeryjne, jak obrót płodu, nałożenie kleszczy, wymóżdżenie płodu lub jego rozkawałkowanie do 20,00 zł.

Jeżeli zabieg lekarski został dokonany podczas wizyty następnej po pierwszej wizycie, do opłaty za zabieg nie dolicza się opłaty za wizytę, w czasie której został on dokonany.

Wysokość miesięcznej opłaty ryczałtowej, którą Urząd Wojewódzki ustala z poszczególnym lekarzem zapomocą umowy pisemnej, nie może przewyższać kwoty, jaką dany lekarz otrzymałby po obliczeniu udzielonych przez tego lekarza porad i zabiegów lekarskich w ciągu miesiąca według taksy opłat jednostkowych. Wytyczną orjentacyjną w tym przypadku jest liczba porad i zabiegów, jaką udzielał lekarz, będący poprzednio na danem stanowisku.

W przypadku, gdy opłata ryczałtowa przewyższa w następnych miesiącach kwotę, jaką należałoby wypłacić danemu lekarzowi po obliczeniu dokonanej przez niego pracy według taksy jednostkowej, należy umowę z nim rozwiązać i zawrzeć nową, odpowiednio niższą od poprzedniej, bądź ustalić z nim rozrachunek na podstawie opłat jednostkowych.

Wypłatę wynagrodzenia lekarzy (położnych) umówionych uskutecznia właściwy Urząd Wojewódzki (Komisarjat Rządu, Komisarjat Generalny R. P.) po przedłożeniu przez lekarza (położną) zestawienia rachunkowego wraz z należycie wypełnionemi odcinkami kart porad. Zestawienia te winni lekarze (położne) przedkładać Wojewódzkim Wydziałom Zdrowia w ciągu najdalej 10 dni po skończeniu miesiąca.

Przed wystawieniem asygnacji wszelkie rachunki, związane z państwową pomocą lekarską, winny być sprawdzone przez Wojewódzki Wydział Zdrowia i Oddział Budżetowo-Gospodarczy w myśl § 24 części 1 przepisów rachunkowo-kasowych (Monitor Polski Nr. 285 z 1921 r.).

Naczelnicy Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia nie mogą pełnić obowiązków lekarza umówionego.

Do § 4. Karta porady posiada jednolity wzór dla wszystkich urzędów państwowych.

Dostarczanie kart porad poszczególnym urzędom państwowym dokonywują Wydziały Ogólne Urzędów Wojewódzkich na podstawie zarządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Skarbu z dnia 24. II. 1927 r. (Monitor Polski Nr. 58 z 1927 r.).

Funkcjonarjuszowi państwowemu lub członkowi jego rodziny wydaje kartę porady w zwykłych warunkach urząd, w którym dany funkcjonarjusz pracuje. W przypadku, gdy funkcjonarjusz lub członek jego rodziny, uprawniony do korzystania z państwowej pomocy lekarskiej, znajduje się poza siedzibą swego urzędu, kartę porady wydaje mu lekarz powiatowy starostwa, na którego terenie dana osoba przebywa, za okazaniem dowodu, wymienionego w § 1 niniejszego okólnika. Funkcjonarjuszowi, przebywającemu w zdrojowisku państwowem, kartę porady wydaje dyrekcja zakładu zdrojowego.

Kartę porady emerytowanemu funkcjonarjuszowi państwowemu wydaje lekarz powiatowy tego starostwa, na którego terenie emeryt przebywa, na podstawie okazania dekretu emerytalnego, ostemplowanego przez Urząd Wojewódzki (Komisarjat Rządu, Komisarjat Generalny R. P.) na podstawie § 1 niniejszego okólnika.

Urzędnik, który wydaje kartę porady, winien każdorazowo sprawdzić, czy petentowi przysługuje prawo do korzystania z państwowej pomocy lekarskiej, funkcjonarjusz zaś, jeśli bierze kartę porady dla członka swej rodziny, winien podpisać na odcinku karty porady, który pozostaje w urzędzie, że dana osoba nie jest ubezpieczona w Kasie Chorych.

Wystawiający kartę porady winien dokładnie ją wypełnić pod osobistą odpowiedzialnością za wszelkie konsekwencje, jakie mogą wyniknąć w związku z nieodpowiedniem jej wydaniem.

Do § 7. Leczenie szpitalne na koszt Skarbu Państwa osób, wymienionych w § 1 rozporządzenia, może odbywać się jedynie na podstawie karty skierowania i jedynie w szpitalu publicznym lub w zakładzie leczniczym, uznanym dla tego celu przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Zakładami leczniczemi, uznanemi przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, są następujące:

1) Szpital Ujazdowski w Warszawie,
2) Szpital im. Marszałka Piłsudskiego w Warszawie,
3) Szpital dla dzieci im. Bersonów i Baumanów w Warszawie,
4) Sanatorjum przeciwgruźlicze miejskie w Otwocku,
5) Policyjny Dom Zdrowia w Otwocku,
6) Sanatorjum przeciwgruźlicze w Rudce,
7) Sanatorjum dla dzieci św. Tadeusza w Ciechocinku,
8) Szpital O. O. Bonifratrów w Katowicach-Bogucicach,
9) Szpital św. Jadwigi w Królewskiej Hucie,
10) Szpital O. O. Bonifratrów w Cieszynie,
11) Szpital S. S. Elżbietanek w Cieszynie,
12) Dom Zdrowia Kasy Chorych w Bystrej,
13) Dom Zdrowia Stowarzyszenia Urzędników Państwowych w Zakopanem,
14) „Sanato" w Zakopanem,
15) Policyjny Dom Zdrowia w Zakopanem,
16) Dziecięcy Zakład Leczniczy U. J. w Zakopanem,
17) Sanatorjum Polskiego Czerwonego Krzyża w Zakopanem,
18) Sanatorjum Związku Pol. Nauczycielstwa Szkół Powszech. w Zakopanem,
19) Dom Zdrowia „Modrzejów" w Zakopanem,
20) Szpital Polskiego Czerwonego Krzyża w Brześciu n/B,
21) Szpital Polskiego Czerwonego Krzyża w Białymstoku,
22) Lecznica dla chorych płucnych w Smukale pod Bydgoszczą,
23) Lecznica dla chorych płucnych pod Obornikami,
24) Zakład leczniczy dla alkoholików w Gościejewie,
25) Sanatorjum „Staszicówka" w Ludwikowie,
26) Sanatorjum dla płucno-chorych w Chodzieży,
27) Zakład dla dzieci św. Józefa w Poznaniu,
28) Dom Zdrowia dla dzieci w Ustroniu,
29) Policyjny Dom Zdrowia w Tatarowie,
30) Szpital św. Mikołaja w Busku,
31) Kolonja lecznicza dla dzieci w Busku,
32) Policyjny Dom Zdrowia w Busku,
33) Sanatorjum dla gruźlików w Hołosku,
34) wszystkie kliniki uniwersyteckie w ramach pomocy lekarskiej, zakreślonych w § 2 rozporządzenia, oraz
35) Panowie Wojewodowie: w Katowicach, Toruniu, Łodzi i w Kielcach, oraz Pan Komisarz Generalny R. P. w Gdańsku są upoważnieni aż do odwołania do traktowania narówni z zakładami leczniczemi uznanemi niektórych szpitali kongreacyjnych i Kas Chorych, które znajdują się na podległym im terenie.

Jeśli funkcjonarjusz państwowy lub członek jego rodziny przeprowadził leczenie poza organizacją państwowej pomocy lekarskiej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych na podstawie ustępu 6 § 7 rozporządzenia może przyznać w drodze wyjątku zwrot kosztów leczenia jedynie w tym przypadku, gdy leczenie to odbyło się (bez karty skierowania) w szpitalu publicznym lub w zakładzie leczniczym uznanym.

Przeciętna opłat dziennych szpitali publicznych, jaką ogłasza Urząd Wojewódzki w Dzienniku Wojewódzkim, winna uwzględniać różnicę w opłacie na oddziale wewnętrznym, chirurgicznym i t. p. na wzór taksy, stosowanej w szpitalach publicznych.

Właściwym organem, obowiązanym regulować należność zakładów leczniczych za leczenie osób, wymienionych w § 1 rozporządzenia, jest ten Urząd Wojewódzki, na którego terenie odbyło się leczenie. Do wypłacenia zaś przyznanego zwrotu kosztów leczenia funkcjonarjuszowi lub członkowi jego rodziny jest obowiązany ten Urząd Wojewódzki, na którego terenie pracuje funkcjonarjusz.

Udzielanie zapomóg na leczenie z kredytów państwowej pomocy lekarskiej jest niedopuszczalne.

Do § 8. Umieszczenie funkcjonarjusza państwowego lub członka jego rodziny na koszt Skarbu Państwa w szpitalu publicznym lub w zakładzie leczniczym uznanym może odbyć się jedynie zapomocą karty skierowania, której wzór jest jednolity dla wszystkich urzędów państwowych.

Do wystawiania kart skierowań nie są uprawnieni lekarze umówieni, wydają oni jedynie zaświadczenie o potrzebie umieszczenia danego chorego w zakładzie leczniczym, a na podstawie tego zaświadczenia kartę skierowania wydaje lekarz powiatowy.

W przypadku wątpliwym lekarz powiatowy winien sprawę wraz z wnioskiem lekarza umówionego przesłać bezzwłocznie do decyzji Urzędu Wojewódzkiego, który może ewentualnie zbadać daną osobę przez specjalnie delegowanego w tym celu lekarza urzędowego.

Lekarz powiatowy jest obowiązany wypełnić kartę skierowania dokładnie, zaznaczając na niej przypuszczalny okres leczenia w zakładzie. Przytem przy wręczaniu zainteresowanemu karty skierowania lekarz powiatowy winien pouczyć go, iż przed wyjazdem chorego do wskazanego na karcie zakładu należy porozumieć się z zarządem tego zakładu co do wolnego miejsca i warunków przyjęcia, gdyż w razie ewentualnego nieprzyjęcia chorego przez wymieniony zakład z powodu niezarezerwowania sobie w nim przez chorego miejsca Skarb Państwa nie ponosi konsekwencji.

Kierować chorych na leczenie klimatyczne lub kąpielowe na koszt Skarbu Państwa do zakładów, znajdujących się w miejscowościach klimatycznych, jak Zakopane, Otwock, Busk, Bystra, Rudka, Ustronie i t. p., można jedynie w razach istotnej potrzeby, stwierdzonej na podstawie wyniku odpowiednich analiz lekarskich. W razie konieczności wysłania do jednej z wyżej wymienionych miejscowości dwóch lub więcej członków rodziny funkcjonarjusza lub funkcjonarjusza i członka jego rodziny jednocześnie albo w odstępie czasu 2-ch miesięcy, skierowanie dalszych poza pierwszą

z tych osób może nastąpić jedynie po otrzymaniu każdorazowo zgody Departamentu Służby Zdrowia.

W Warszawie, wobec specjalnych warunków miejscowych, wskazane wyżej funkcje lekarza powiatowego spełnia Komisarjat Rządu m. st. Warszawy.

Z policyjnych domów zdrowia korzystać mogą tylko funkcjonarjusze Policji Państwowej i członkowie ich rodzin.

Leczenie szpitalne emerytowanych funkcjonarjuszów państwowych chorych umysłowo odbywa się zasadniczo nie na koszt państwowej pomocy lekarskiej, unormowanej niniejszem rozporządzeniem, lecz z kredytów części 18 budżetu Skarbu Państwa § 1 względnie § 2 w myśl art. 42 ustawy z dnia 11. XII. 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnem funkcjonarjuszów państwowych (Dz. U. R. P. Nr. 42 poz 380 z r. 1931). Tryb postępowania przy umieszczeniu chorego umysłowo emerytowanego funkcjonarjusza państwowego w zakładzie leczniczym dla umysłowo chorych jest ustalony okólnikiem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. 126 z dnia 13. VII. 1928 r. Nr. OP. 4091/1 R 28 (Zbiór zarządzeń Min. Spraw Wewn. str. 668).

W związku z obowiązkiem wystawiania kart skierowań przez lekarzy powiatowych, powiatowe władze administracji ogólnej winny prowadzić ewidencję wydawanych kart skierowań.

Od osób, posiadających karty skierowania, szpitalom publicznym i zakładom leczniczym uznanym nie wolno pobierać zgóry tej części opłaty za leczenie, którą pokrywa Skarb Państwa.

Do § 9. Przedłużenie czasu leczenia szpitalnego w ramach § 9 poza okres, wskazany na karcie skierowania, może być udzielone przez lekarza powiatowego tego starostwa, na którego terenie znajduje się dany zakład leczniczy, na wniosek zarządu tego zakładu o konieczności dalszego przebywania chorego w zakładzie oraz po sprawdzeniu przez lekarza powiatowego u władzy, która wydała kartę skierowania, czy danej osobie przysługuje prawo do dalszego leczenia szpitalnego na koszt Skarbu Państwa.

Do § 10. Położne umówione otrzymują za przyjęcie porodu i opiekę w okresie połogu do 25 zł, w miastach wojewódzkich do 40 zł, a w m. st. Warszawie do 50 zł.

Przy obliczaniu 25% sumy, podlegającej zwrotowi w wypadkach korzystania z położnej umówionej (ustęp drugi art. 10), należy przestrzegać, aby wszystkie wydatki, związane z odbytym porodem, nie przekraczały sumy, obliczonej według zasad pkt. 3 art. 10.

Jeżeli zostanie stwierdzone, że położnica mogła skorzystać z państwowej pomocy lekarskiej, a mimo to odbyła poród poza organizacją państwowej pomocy lekarskiej, koszty takiego porodu nie będą przez Skarb Państwa pokryte.

Do § 11. Lekarzem powiatowym w rozumieniu niniejszego paragrafu jest lekarz zdrojowy państwowego zakładu zdrojowego.

Rozporządzenie nie przewiduje ulg kąpielowych na koszt Skarbu Państwa w zakładach zdrojowych niepaństwowych.

Do § 12. Rozporządzenie nie przewiduje pokrywania przez Skarb Państwa kosztów leków i środków opatrunkowych, przepisanych przez lekarzy umówionych na kartę porady.

Pod lekami i środkami opatrunkowemi, które lekarz umówiony może użyć na koszt Skarbu Państwa w przychodni lub w gabinecie lekarskim, należy rozumieć tylko takie leki i środki, jak jodyna, eter i alkohol (przy zastrzykach i opatrunkach), maści zwykłe, lignina, gaza i t. p., natomiast nie należy rozumieć leków i środków, przepisanych choremu do jego użytku indywidualnego.

Do § 13. Na podstawie niniejszego paragrafu wojewódzkie władze administracji ogólnej są upoważnione do zorganizowania i utrzymywania w większych miastach we własnym zakresie działania gabinetów lekarskich, opartych na zasadzie samowystarczalności, w których chorzy funkcjonarjusze państwowi i członkowie ich rodzin mogliby korzystać za minimalną opłatą z pomocy lekarskiej w jak najszerszym zakresie.

Za porady i zabiegi lekarskie, dokonane w tych gabinetach lekarskich, Skarb Państwa zwraca koszt w wysokości, ustalonej niniejszem zarządzeniem za porady i zabiegi lekarzy i położnych umówionych, o ile wchodzą one w zakres pomocy lekarskiej, określony w § 2 rozporządzenia.

Do § 15. Jeśli funkcjonarjusz państwowy dozna nieszczęśliwego wypadku w czasie i wskutek pełnienia służby państwowej, Skarb Państwa pokrywa 100% kosztów jego leczenia, jednak w zakresie świadczeń, określonych w § 2 rozporządzenia.

Stwierdzenie, iż nieszczęśliwy wypadek nastąpił istotnie w czasie i wskutek pełnienia służby, winno być dokonane przez właściwego lekarza powiatowgo względnie przez komisję lekarską.

Do § 17. Za leczenie, które zostało przeprowadzone poza granicami Państwa Polskiego, Skarb Państwa nie zwraca żadnych kosztów.

Do § 19. Z dniem ogłoszenia niniejszego okólnika tracą moc obowiązującą wszystkie okólniki i zarządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, wydane na podstawie dotychczasowych rozporządzeń Rady Ministrów o państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych i członków ich rodzin, o ile stanowią one inaczej, niż okólnik obecny, a w szczególności zostają uchylone poniższe okólniki i zarządzenia, ogłoszone w Zbiorze Zarządzeń Ministerstwa Spraw Wewnętrznych: Nr. Z. O. 7620/26 z dn. 6. XI. 26, Z. O. 8127/26 z dn. 8. I. 27, Z. O. 4165/27 z 8. IX. 27, Z. O. 3411/27 z 23. IX. 27, Z. O. 4823/27 z 27. IX. 27, Z. O. 5147/27 z 17. X. 27, Z. O. 4868/27 z 28. X. 27, Z. O. 6084/27 z 17. XI. 27, Z. O. 7311/27 z 22. XI. 27, Z. O. 342/28 z 18. I. 28, Z. O. 2805/28 z dn. 25. VI. 28, ZF. 161/28 z 7. II. 28, Z. O. 2379/29 z 19. VI. 29 i Z. O. 1477/30 z 16. V. 30, (str. 662—704).

Bronisław Pieracki, Minister.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Projekt połączenia Towarzystw higienicznych. Na jednem z ostatnich posiedzeń Rady Warszawskiego Tow. Higjenicznego, na którem obecni byli przedstawiciele pokrewnych instytucyj w Warszawie, oraz delegaci towarzystw higjenicznych ze Lwowa, Częstochowy, Łodzi i Lublina, omawiano projekt skoordynowania działalności w zakresie akcji higjenicznej i scalenia jej w jednem Towarzystwie Higjenicznem. Instytucje, które weszłyby w skład takiego Towarzystwa, posiadałyby szeroką autonomję. Specjalna komisja została powołana do opracowania zmian w obecnym statucie Tow. Higjenicznego.

Ruch służbowy w Państw. Służbie Zdrowia za miesiąc maj 1932 r. W Państw. Zakładach Służby Zdrowia: Zmarli: Weraksa Józef, adjunkt w VII st. sł. w Państwowym Zakładzie Badania Żywności w Warszawie, zmarł dn. 2 maja 1932 r. — Ruch służbowy w Państw. Służbie Zdrowia za miesiąc czerwiec 1932 r. W Państw. Zakładach Służby Zdrowia: Mianowani: Wiśniewski Stanisław, radca ministerjalny w VI st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, Dyrektorem Państwowego Zakładu Zdrojowego w Ciechocinku w VI st. sł. dekretem z dn. 24 czerwca 1932 r. — Zmarli: Inż. Kozłowski Stanisław, prowizoryczny Dyrektor w V st. sł. Państwowego Zakładu Zdrojowego w Ciechocinku, zmarł dn. 16-go czerwca 1932 r.

Biuro Propagandy Medycyny Polskiej wysłał w ostatnich tygodniach Nr. 1. „Revue de la Presse Médicale Polonaise“ do zagranicznych towarzystw lekarskich, bibljotek oraz ważniejszych czasopism. Zasadniczym celem pisma jest propaganda medycyny polskiej zagranicą, prócz tego jednak spodziewamy się otrzymywać, w drodze wymiany, czasopisma obce. Czasopisma wymienne B. P. już otrzymuje. B. P. pragnęłoby, aby otrzymywane pisma lekarskie mogły być wykorzystane przez redakcje czasopism lekarskich polskich, oraz mógł z nich korzystać ogół lekarzy. Biorąc te sprawy pod uwagę B. P. przekazuje narazie nadchodzące pisma Bibljotece Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, z tym warunkiem, że pierwszeństwo w ich wykorzystaniu przysługuje redakcjom czasopism lekarskich. W tym celu będziemy ogłaszać w odstępach kilkotygodniowych wykazy nadchodzących czasopism i przesyłać je do wiadomości Panom Redaktorom. Bibljoteka C. W. San., na telefoniczne lub pisemne żądanie Redakcji (tel. 9-73-57) będzie bezwłocznie wysyłać wszystkie nadchodzące numery zapotrzebowanych czasopism, pod wskazanym adresem. Po wykorzystaniu numerów prosimy o zwrot pism do Bibl. C. W. San.

Wykaz I czasopism otrzymywanych. 1. Accademia Medica. (Miesięcznik, organ ofic. Akademji Lekarskiej w Genui). (Prace oryginalne). 2. Acta Dermato-Venereologica. (Stockholm. W języku francuskim, niemieckim i angielskim). 3. Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia. (Miesięcznik brazylijski). 4. Annales et Bulletin de la Société Royale de Médecine de Gand. (Miesięcznik). 5. Annali D'Igiene. (Miesięcznik, poświęcony higjenie, włoski). 6. Archives de L'Institut Pasteus de Tunis. (Zawiera tylko prace oryginalne w jęz. francuskim). 7. Archives Médicales Belges. (Liége. Miesięcznik). 8. Archivio Fascista di Medicina Politica. (Włoski. Dwumiesięcznik poświęcony medycynie i higjenie społecznej, streszczeń prac oryginalnych w językach obcych nie daje). 9. Arquivo da Repatição de Antrolopogia Criminal, Psi-

cologia Experimental.... (Kwartalnik, wychodzi w Portugalji). 10. Bollettino Dell' Istituto Sieroterapico Milanese. (Włoski. Miesięcznik poświęcony bakterjologji i serologji. Zamieszcza streszczenia każdej pracy oryginalnej w języku francuskim lub niemieckim). 11. Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest. (Miesięcznik, zamieszcza prace oryginalne w jęz. francusk.). — 12. L'Echo Médical du Nord. (Lille. Tygodnik francuski, poświęcony wszystkim działom medycyny). 13. Giornale di Clinica Medica. (Dwutygodnik włoski). 14. The Journal of Nervous and Mental Disease. (Miesięcznik, New-York). 15. Medicina Fennica. (Rocznik zawierający streszczenia prac oryginalnych lekarskich finlandzkich w jęz. francuskim, niemieckim i angielskim, nadeszły wszystkie roczniki od 1925 do 1931). 16. Revista de Ciencias Medicas de Buenos Aires. (Miesięcznik). 17. Revista de Higiene y de Tuberculosis. (Valencia. Miesięcznik hiszpański). 18. Revista Médica de Barcelona. (Miesięcznik). 19. Rivista di Clinica Medica. (Florencja). 20. Rivista di Malariologia. (Rzym. Dwumiesięcznik). 21. Romania Medicala. (Tygodnik rumuński, nie daje streszczeń w obcych językach). 22. La Semana Médica. (Hiszpański. Wychodzi w Argentynie, tygodnik, b. obfity, poświęcony wszystkim działom medycyny, w każdym N-rze 8 do 10 prac oryginalnych, streszczeń prac w językach obcych nie daje). 23. Tip Dünyasi. (Przegląd Lekarski. Miesięcznik. Stamboul, po turecku, niektóre artykuły streszczone po francusku).

Ze świata.

Międzynarodowy Kongres Lekarski w Vichy 19—22 września 1932 r. wyłączny temat: Kamica żółciowa. Do zagadnień lekarskich, które w ciągu ostatnich lat uległy największym przemianom, należy bezwątpienia kwestja kamicy żółciowej. Chcielibyśmy jedynie ogólnikowo wymienić główne kontrowersje w tej dziedzinie, aby wykazać, jak poważne znaczenie mieć będzie wielki Kongres w Vichy. Jeszcze do niedawna widziano w kamicy żółciowej jedynie objaw miejscowego zakażenia bakteryjnego woreczka żółciowego. Obecnie jest już przez wszystkich przyjmowana możliwość istnienia kamic aseptycznych. W wielu wypadkach daje się prawdopodobnie ustalić inne przyczyny: zaburzenia czynności wydzielniczych lub chłonnych nabłonka płaskiego woreczka żółciowego, zastoina żółci naskutek atonji woreczka pochodzenia neuro-wegetatywnego, zmiana równowagi koloidalnej cieczy ustrojowych, szczególnie zaś hypercholesterynemja, zależna mniej lub więcej od chronicznej niedomogi czynnościowej wątroby. W ogólności przypisuje się coraz większe znaczenie wątrobie, która jak to wykazały biopsje, stale uszkadzana jest w wypadkach kamicy; w ten też sposób tłumaczą się niezaprzeczalne więzy pokrewieństwa, łączące wątrobę z innemi chorobami przemiany materji (kamica nerkowa, dna, reumatyzm, otyłość, cukrzyca), które jak i kamica mogą być pochodzenia wątrobowego. Jeszcze dotychczas przyjęty był pogląd, że kamienie tworzą się wyłącznie w woreczku żółciowym. W rzeczywistości powstają one również w zakrętach woreczka, przewodach wydzielniczych, a nawet i w małych kanalikach śródwątrobowych. To też usunięcie woreczka nie zawsze zabezpiecza przed nawrotami kamicy. Objawy kolki wątrobowej mogą być również wywołane przez inne przyczyny, niż obecność kamieni w woreczku, jak np. przez samoistne zapalenie woreczka żółciowego, kolkę proteinową, przekrwienie czynne wątroby, opuszczenia narządów i t. d. Żółtaczka, występująca nawet w okresie najwyraźniejszej kamicy żółciowej, nie jest bynajmniej zawsze pochodzenia mechanicznego lub okluzyjnego, lecz powodowana jest często zaburzeniami czynnościowemi komórki wątrobowej. Wobec tego rodzaju możliwości zrozumiałe jest wahanie chirurga przed dokonaniem zabiegu operacyjnego, zawsze dla wątroby szkodliwego. Usunięcie woreczka żółciowego było do niedawna jeszcze często stosowane. Sądzono, że przez usunięcie tej według ogólnego zdania, wyłącznej przyczyny schorzenia, osiągnie się jak i w przypadku usunięcia wyrostka robaczkowego, całkowite uzdrowienie chorego. Wyniki były jednak często zwodne, a to wobec nadal trwających bólów i stałej niedomogi wątroby. Gdy usunięcie woreczka nie jest narzucone przez okoliczności, chętnie zastępuje się je przez wycięcie woreczka z drenowaniem, zabiegami leczniczemi oraz specjalną kuracją zdrojową, które nadal utrzymały swoją dawną pozycję. Należy również podkreślić jak wiele sprzeczności występuje we wnioskowaniu z badań rentgenologicznych, badań chemicznych, badań czynnościowych wątroby, z diatermji i t. d. Komitet Organizacyjny Kongresu w Vichy nie mogąc poruszyć tylu różnorodnych zagadnień, ograniczył swój zakres do 3 najważniejszych tematów: 1) Następstwa wycięcia woreczka żółciowego. 2) Leczenie ogólne i wodolecznicze zapalenia woreczka żółciowego przy kamicy żółciowej. 3) Wątroba kamicowa. Całokształt sprawozdań, dyskusyj i komunikatów na powyższe tematy, złoży się na obszerne studjum całej dziedziny kamicy żółciowej i zagadnień pokrewnych. Zgłoszone dotychczas liczne zapisy ze wszystkich krajów pozwalają na najbardziej optymistyczne przewidywania co do powodzenia Kongresu. Pozwalamy sobie przypomnieć, że ostateczny termin zapisów upływa w dniu 1 sierpnia r. b. oraz, że wszelkie zapytania i zgłoszenia uczestnictwa winny być kierowane do Sekretarza Generalnego Dr. J. Aimard, Paryż, 24 Bd. des Capucines lub do przewodniczącego Polskiego Komitetu p. prof.: D-ra L. Karwackiego, Warszawa, Koszykowa 45.

II Międzynarodowy Zjazd Aktynologiczny (Biologja, Biofizyka, Lecznictwo) odbędzie się w Kopenhadze w dniach 15—18 sierpnia r. b. II-e Congrès International de la Lumière. (Biologie, Biophysique, Therapeutique). Program Zjazdu. Niedziela 14 sierpnia. Posiedzenie Międzynarodowego Komitetu Aktynologicznego. Poniedziałek 15 sierpnia. Otwarcie Zjazdu w obecności Króla w pałacu Christiansborg. Pierwszy temat główny Zjazdu: „Jak wyjaśnić działanie naświetlań ogólnych w leczeniu gruźlicy". Referenci: Sir Henry Gauvain. Alton, Anglja. Prof. Jesionek. Giessen. Koreferenci: Prof. A. Aimes. Motpellierż Prof. Bronstein. Moskwa. Dr. Edward Bruner. Warszawa. Dr. E. Luce-Clausen. New York. Prof. G. C. Heringa. Amsterdam. Prof. Memmesheimer. Essen. W rozprawie pierwszy przemawiać będzie Dr. Jan Meyer. Paryż. Sprawozdanie z prac Komitetu Międzynarodowego ustalenia jednostki dawki promieni nadfiołkowych. Referent: Dr. Saidman. Paryż. Koreferenci: Prof. W. Friedrich. Berlin. Prof. Franz Linke. Frankfurt a/M. Prof. H. M. Hansen. Kopenhaga. Dr. W. W. Coblentz. Waschington. Prof. Mario Ponzio. Turyn. W rozprawie pierwszy przemawiać będzie M. S. Strauss. Wiedeń. — Wtorek 16-go. Drugi temat główny: „Podstawy i organizacja badań heljoklimatycznych w łączności z potrzebami higjeny Publicznej". Referenci: Prof. W. Hausmann. Wiedeń. Prof. Rollier. Leysin. Dr. Delahaye. Berck-Plage. Dr. Leonard Hill. Londyn. Dr. Erwin Hasche. Berlin. Dr. F. Lindholm. Sztokholm. W rozprawie pierwszym przemawiać będzie Prof. V. Conrad. Wiedeń. Nauczanie światłolecznictwa. Referenci: Prof. Hans Meyer. Brema. Dr. W. Kerr Russell. Londyn. Dr. Saidmann. Paryż. Środa 17 sierpnia godz. 9-ta. Pokazy chorych w Instytucie Finsena. Czwartek 18 sierpnia. Trzeci temat główny: „Znaczenie barwika w biologji i jego rola lecznicza w naświetlaniach ogólnych". Referenci: Dr. Ch. Brody. Grasse. Prof. G. Miescher. Zurich. Koreferenci: Prof. K. W. Hausser. Heidelberg. Prof. Hubert Jausion. Paryż. Prof. Jacques Peyri i v. Carulla. Barcelona. Dr. B. Polland. Praga. Dr. E. Rajka, Budapeszt. W rozprawie pierwszy przemawiać będzie rof. Peemoller. Hamburg. Przedstawienie wniosków Komitetu Międzynarodowego ustalenia jednostki dawki promieni nadfiołkowych. Wnioski referentów w sprawie nauczania światłolecznictwa. Głosowanie. Wybory. Pozatem program Zjazdu przewiduje szereg przyjęć i wycieczek w okolice Kopenhagi. Wszelkich informacyj w sprawie Zjazdu oraz w sprawie projeńtowanej wycieczki uczestników z Polski udziela sekretarz Polskiego Komitetu Narodowego Zjazdu Dr. Edward Bruner (pracownia światłolecznicza Szpitala Św. Łazarza, Książęca Nr. 2, tel. 9-08-84).

Zmarli:

Dnia 27 marca r. b. zmarł w Turynie w wieku 74 lat prof. honorowy anatomji normalnej i patologicznej Uniw. Berlińskiego C. Benda, badacz wielce zasłużony w zakresie techniki barwienia i przechowywania (konserwacji) preparatów histologicznych.

Dnia 2 kwietnia r. b. zmarł w Berlinie w wieku lat 66 prof. Felix Klemperer, słynny internista i ftizjolog niemiecki, prof. Uniw. Berlińskiego, dyrektor szpitala miejskiego Berlin-Reinickendorf.

Dnia 4 kwietnia r. b. zmarł w Lipsku prof. Wilhelm Ostwald, wszechświatowej sławy chemik, laureat nagrody Nobla w r. 1909, główny współtwórca fizyko-chemji, założyciel (wspólnie z van't Hoffem i Arrheniusem) „Zeitschrift f. physikalische Chemie", twórca pierwszego w świecie Instytutu Chemji Fizycznej w Lipsku (1897).

Redakcja otrzymała:

Archives del Hospital de Ninos Roberto del Rio, Anno III nr. 1 marzec 1932.

Bulletin international de l'Académie Polonaise des Sciences et des Lettres. Classe de Médecine, Nr. 1—3, 1932.

Académie Polonaise des Sciences et des Lettres, Comptes rendus mensuels des séances de Classe de Médecine, avril 1932, nr. 4, et juin 1932 nr. 5—6.